

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

**MARIBEL MARCELA OROPESA FERRER**

**INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESÃO A TRAMENTO  
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE  
HIPERTENSOS NA UBS JOSE ANTONIO DA SILVA/ TEIXEIRAS /MG**

**JUIZ DE FORA– MG**

**2016**

**MARIBEL MARCELA OROPESA FERRER**

**INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESÃO A TRATAMENTO  
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE  
HIPERTENSOS NA UBS JOSE ANTONIO DA SILVA/ TEIXEIRAS /MG**

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

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

**JUIZ DE FORA– MG**

**2016**

**MARIBEL MARCELA OROPESA FERRER**

**INTERVENÇÃO PARA MOTIVAR A ADESÃO A TRAMENTO  
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO ENTRE  
HIPERTENSOS NA UBS JOSE ANTONIO DA SILVA/ TEIXEIRAS /MG**

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

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

Examinador 2 : Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a orientadora deste trabalho, Prof. Virgiane Barbosa de Lima, pela orientação e pertinência das suas observações no decurso da sua execução.

Agradeço , a todos os integrantes do equipe de trabalho por a colaboração e a todos os meus amigos, pela motivação, apoio, ideias, sugestões .

Agradeço também, à minha filha e esposo pela compreensão, paciência e carinho, durante a minha estadia no Brasil.

## RESUMO

O acompanhamento e o tratamento da hipertensão na atenção primária à saúde é importante devido sua grande prevalência na população. Este trabalho objetiva principal elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas para promover o controle da hipertensão. Além disso, pretende-se qualificar a assistência à saúde na Equipe Alencar, no município de Teixeira em Minas Gerais. Esta proposta foi construída a partir do diagnóstico situacional da equipe, realizado durante o curso de especialização Estratégia em Saúde da Família e com revisão da bibliografia disponível sobre o tema para subsidiar e levantar as evidências já existentes sobre o tema. Esta proposta de intervenção visa principalmente planejar e realizar ações educativas para reorganizar o processo de trabalho e reduzir a primeira causa de atendimentos médicos na unidade de saúde. Espera-se melhorar a qualidade de vida através do alcance das metas estabelecidas e do estímulo à adesão aos medicamentos e melhorias na alimentação e novos hábitos entre os pacientes hipertensos.

**Palavras Chaves:** Sistema Único de Saúde(SUS). Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial. Adesão.

## **ABSTRACT**

Monitoring and treatment of hypertension in primary health care is important because of its high prevalence in the population. This main objective work develop an intervention project to increase adherence to pharmacological and non-pharmacological measures to promote the control of hypertension. In addition, it is intended to qualify the health care team in Alencar, the Teixeiras municipality in Minas Gerais. This proposal was built from the situation analysis team, held during the course of specialization in Strategy Health and review of the literature available on the subject to support and raise the existing evidence on the subject. This policy proposal aims primarily to plan and carry out educational activities to reorganize the work process and reduce the leading cause of medical care at the clinic. It is expected to improve the quality of life through the achievement of established goals and stimulating medication adherence and improvements in power and new habits among hypertensive patients.

**Key words:** Unified Health System (SUH). Primary Health. Hypertension. Accession.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF – Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Desenho das operações para o problema baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG.....

Quadro 3 – Identificação dos recursos críticos para baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG.....

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano sobre a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG.....

Quadro 5 – Plano operativo para a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG.....

Quadro 6 – Planilha de acompanhamento das operações propostas para baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG.....

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO .....	10
2 - JUSTIFICATIVA.....	16
3 - OBJETIVOS .....	17
4 - MÉTODOS .....	18
5 - REVISÃO DE LITERATURA .....	19
6 - PLANO DE AÇÃO.....	24
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS .....	33

## 1 INTRODUÇÃO

Teixeiras é um município mineiro que possui 11.793 habitantes e ocupa 166,735 km<sup>2</sup> de área, pertencendo geograficamente à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata mineira, estando situado na região sudeste do Brasil e a 210 quilômetros de Belo Horizonte (IBGE, 2016). Ainda de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), seus municípios limítrofes são Viçosa, Ponte Nova, Pedro do Anta, São Miguel do Anta, Guaraciaba, Amparo do Serra.

A origem do município se deu em meados do século XIX e os primeiros habitantes da região foram pessoas lideradas por Antônio Serafim Teixeira, que se instalou na região com o objetivo de explorar atividades agrícolas. Trata-se de uma região onde os habitantes conservam o profundo sentimento religioso desde os tempos mais remotos. IBGE (2016),

Em relação as atividades econômicas, Teixeira é conhecida pelo desenvolvimento no setor agrícola (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), a pecuária (bovinocultura e suinocultura), a silvicultura e exploração de florestas. O município é marcado pela forte evasão de mão de obra, pois, as atividades comerciais e industriais são ainda insuficientes para evitar o problema, além dos recursos financeiros para execução de obras de maior porte serem poucos.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2014, cerca de 100% da população possui água filtrada no domicílio, e uma fração mínima utiliza o método de fervura da água ou não possui tratamento de água. Aproximadamente 80% dos teixeirenses recebem a água através da rede pública e os demais através de poços e nascentes, especialmente na população que vive na zona rural. Já o destino do lixo cerca de 70% da população do município é servida pela coleta pública através da prefeitura outros 20% queimam ou enterram o lixo uma pequena parte deixam o lixo a céu aberto. O destino das fezes/urina da população, ocorre em aproximadamente 80% por sistema de esgoto, seguida da dispensa destes resíduos a céu aberto e uma pequena parte utilizam fossas como destino.

O transporte público em Teixeira conta com ônibus intermunicipal da linha Pássaro Verde e Pedra do Anta que acessa o município através de rodovias asfaltadas e de trânsito intenso, porém não existe acostamento e as curvas são fechadas, existindo residências à sua margem sem faixas de pedestres representando perigo a população.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Teixeira no ano 1990 e atualmente consegue proporcionar cobertura de 100 % de serviços em saúde para a população e para isto, funciona na Unidade Básica de Saúde(UBS) José Antônio da Silva 04 Equipes de Saúde da Família, denominadas de equipes 1, 2, 3 e 4, 04 Equipes de Saúde Bucal, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o hospital Municipal Santo Antonio (que no momento passa por reforma e portanto sem funcionamento) rede de farmácias comunitárias e 01farmácia principal localizada na secretaria de saúde.

Implantada pela Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira no mês de novembro de 2007, a UBS José Antônio da Silva foi, destinada a prestar serviços em atenção primária para a comunidade, sendo que a instituição encontra-se inserida formalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando exclusivamente neste primeiro nível da atenção. A unidade é responsável pela população que vive nos bairros Patrimônio e Alencar, além da zona rural, nas regiões conhecidas como Botafogo, Gongo, Coqueiro, Pedra Rachada, Buraco Frio, Divisa Teixeira, São José, Santo André de Baixo, Santo André de Cima, Córrego Feio, Lage e Coelhos.

A UBS José Antônio da Silva localiza-se na Rua Oraide Alvim, número 101, no Bairro Alencar em Teixeira/MG. O acesso à esta UBS ocorre através de ruas pavimentadas em sua maioria, com exceção da Micro área 10, onde nos períodos de seca há a formação de poeira e em períodos chuvosos ocorre a formação de lama, dificultando o acesso. Além disso, algumas calçadas acumulando depressões e falhas no calçamento, prejudicando o acesso das pessoas e veículos principalmente nos morros.

A equipe Alencar pertence à UBS José Antônio da Silva e em sua delimitação, faz divisa com a equipe Centro, Rua Nova e Vila Santana, tendo sido dividida em 07 micro áreas. Os recursos humanos que prestam serviços na UBS são: 01 enfermeiro, 01 técnico em enfermagem, 01 médico, 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 01 auxiliar de serviços gerais, 01 recepcionista, 01 dentista, 01 técnico em saúde bucal e 01 fisioterapeuta. Seu horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 16:00 horas, sendo que as jornadas de trabalho dos profissionais variam entre 12 e 40 horas semanais estando os serviço aberto a todos os usuários que necessitarem dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sob responsabilidade da equipe, e de

acordo com seus registros estão cadastradas 783 famílias ou 2878 pessoas, que foram consideradas como o motivo deste estudo.

Na equipe Alencar existem alguns recursos que facilitam o processo de trabalho, dentre eles podem ser citados o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); o Consórcio intermunicipal de saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV); O planejamento das ações e trabalho em equipe; A existência de grupos operativos para hipertensos e diabéticos, gestantes que funcionam uma vez por semana, e grupo da terceira idade com realização de atividades duas vezes por semana; Trabalho articulado dos ACS com a equipe e o acesso facilitado das pessoas á unidade, inclusive para idosos, obesos ou pessoas com alguma dificuldade de locomoção. Em contrapartida a estes recursos outros contribuem dificultando o processo de trabalho, que á a falta do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o encaminhamento solicitando avaliação do especialista, agendados na secretaria de saúde do município e que nem sempre estão disponível; A falta do prontuário eletrônico; A presença da demanda espontânea na rotina da equipe e a falta de transporte para visitas domiciliares na zona rural.

Os exames auxiliares do diagnóstico são coletados na UBS Alencar e encaminhados para o laboratório no município de Teixeira. Já os mais complexos são encaminhados para serem realizados nos laboratórios municípios conveniados e nesse caso em alguns deles existe demora no retorno dos resultados. Por outro lado, pode-se considerar que nem sempre os exames são demorados, pois, estão relacionados à demanda das vagas existentes, sendo esta situação parecida com período de tempo para consultas especializadas e a falta de contra-referencia.

Para reconhecer o território onde vivem os usuários adscritos à equipe Alencar e realizar um levantamento dos problemas que os mesmos enfrentam, utilizou-se o método da estimativa rápida para a realização da análise situacional. Uma das contribuições para completar alguns dados foram a entrevista com lideranças comunitárias, religiosas e pessoas que vivem na comunidade por longos períodos de tempo. Além disso, foi feita a observação ativa e coleta de dados registrados em prontuários produzidos nas consultas e visitas domiciliares. Depois disso, em reunião com a equipe de saúde foram discutidos os principais problemas de saúde que atingem a população, sendo que os principais são:

1. Número elevado de hipertensos que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico
2. Número elevado de diabéticos não controlados associados a Hipertensão Arterial.
3. Número elevado de pacientes tabagistas.
4. Número elevado de álcool e outras drogas.
5. Número elevado de pacientes em uso de psicofármacos com tratamentos de longa duração e sem acompanhamento.

Como são vários os problemas identificados, dentre as doenças mais frequentes na área de abrangência da equipe Alencar, as que estão presentes em maior número de vezes são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus. Assim, a equipe analisou sua governabilidade sobre o problema, a infraestrutura e os recursos financeiros, dentre outras, decidiu priorizar os problemas e procurar enfrentar primeiramente o mais relevante e o que a equipe consegue enfrentar. Assim, para reduzir o número elevado de hipertensos que não aderem aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, foi proposta uma intervenção, utilizando os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional(PES)(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Durante a rotina de trabalho na equipe na equipe Alencar, percebeu-se a falta de adesão aos medicamentos por parte dos hipertensos, bem como o descuido com as atividades preventivas ligadas ao problema e dentre eles está a alimentação irregular, o sedentarismo e a obesidade. A situação vem sendo detectada nas consultas realizadas, na ocasião das consultas médica e de enfermagem quer seja durante atendimentos à demanda espontânea ou em consultas programadas. Quando examinados a grande maioria dos pacientes apresenta-se com níveis pressóricos elevadas de pressão arterial, conforme o preconizado pelo Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a atenção primária em saúde (BRASIL, 2009). Assim, ao questionar qual medicamento vem utilizando, geralmente o paciente conhece medicamentos através das cores e uma das queixas ou que prejudica o manuseio é o fato de que os medicamentos genéricos vem sendo comercializados em cores brancas em grande parte da lista de medicamentos. Além disso, os usuários de anti-hipertensivos não utilizam medicamentos de forma contínua, alegando melhoria do quadro, a necessidade de receita médica para o acesso a novos medicamentos, e quando questionado sobre o uso de medicamentos prescritos anteriormente os usuários

não sabem a finalidade do uso de alguns medicamentos ou quais são eles, bem como desconhecem a frequência da utilização, efeitos adversos, dentre outros. Já em relação às medidas não farmacológicas, observa-se a falta de adesão às propostas da equipe além de não associarem o sedentarismo a falta do exercício físicos, redução do uso de bebida alcoólica e de hábitos alimentares irregulares.

Além disso, na rotina da equipe, representa aumento da demanda espontânea, queixas sucessivas dos usuários sobre a conduta do profissional e a necessidade de exames auxiliares com maior frequência. Além disso, percebe-se a insatisfação dos usuários que alegam que o tratamento não foi eficaz ou que por ser tratamento "gratuito" não resolve o problema.

O diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na equipe Alencar em Teixeira é realizado de acordo com os protocolos e linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus e Doença Renal Crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES, 2010). Quando é necessária avaliação especializada, é realizado o encaminhamento e entregue ao paciente, que deve agendar o mesmo na secretaria de saúde do município. Nesse caso praticamente não existe contra-referência, sendo que esta costuma ser enviada somente no que se refere ao HIPERDIA.

Como médica estrangeira e de nacionalidade cubana, iniciei meus trabalhos no Brasil através após me inscrever no Projeto mais médicos para o Brasil, onde o " Programa Mais Médicos foi regulamentado pela Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional" (BRASIL, 2015, p. 113). Assim, presto trabalho em saúde na UBS Alencar em Teixeira, Minas Gerais, pois fui selecionada no referido programa para trabalhar como médica bolsista do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Como exigência do edital do programa estava o investimento em um processo de formação pela modalidade de educação à distância para os profissionais de saúde supervisionado por instituições de ensino reconhecidas no Brasil. Em decorrência do processo, fui matriculada no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF) ofertada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sendo que um dos seus parceiros é a Universidade Aberta do SUS (UNA- SUS).



## 2 JUSTIFICATIVA

Com a realização do diagnóstico situacional em saúde no território da equipe Alencar em Teixeira no estado de Minas Gerais, percebeu-se que um dos principais problemas identificados naquele território foi o número elevado de pessoas que não aderem ao tratamento farmacológico e no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também não aderem ao tratamento não farmacológico. A HAS, configura-se como o maior problema de saúde enfrentado naquele momento e após indagações entre os profissionais e usuários percebeu-se que a falta de adesão a medicamentos é o maior problema da HAS descompensada naquele território. Assim, este trabalho justifica-se pela falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico pelos pacientes hipertensos sob responsabilidade da equipe, e que apresentam-se descompensados em grande parte dos atendimentos prestados pelos profissionais, necessitando portanto ações para seu enfrentamento naquele território

A HAS é uma doença silenciosa, que acomete a população dos países em desenvolvimento, onde medidas preventivas não farmacológicas garantem com efetividade e eficácia seu controle disponíveis (LESSA, 2001 apud SANTOS et al, 2005). Além disso, os autores descrevem que grande parte dos hipertensos não conseguem aderir aos tratamentos ou mesmo nem fazem tratamentos para controle da pressão arterial, resultando em poucos indivíduos com a pressão arterial controlada, Esta prática representa custos sociais, absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos (SANTOS et al, 2005, p. 333)

### **3 OBJETIVO**

Elaborar uma proposta de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos adscritos à equipe Alencar em Teixeira/MG.

#### **4 METODOLOGIA**

Este trabalho se trata de uma intervenção com a finalidade de orientar os pacientes portadores de HAS que vivem no território da equipe Alencar sobre a necessidade da adesão medicamentosa e adoção de medidas não farmacológicas visando o controle dos níveis pressóricos do hipertensos adscritos. Na construção deste projeto foram utilizadas ferramentas como a análise situacional e para a construção do plano de ação o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional(PES)(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar este apanhado, foram utilizados as linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus doença renal crônica; registrados na UBS e equipe, secretaria municipal de saúde de Teixeiras, biblioteca virtual da UFMG e trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, IBGE, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto.

Os descritores utilizados se resumiram em Sistema Único de Saúde(SUS), Atenção Primária à Saúde, Hipertensão Arterial e Adesão.

O trabalho depende do comprometimento da equipe e participação dos profissionais da equipe multidisciplinar, bem como da população adscrita a Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Teixeiras/MG.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

O desenvolvimento social, econômico e tecnológico, associado às novas descobertas científicas das ciências da saúde ocorrido ao longo dos últimos anos, bem como as modificações das condições de vida das populações são situações que tornaram possível a diminuição da mortalidade geral, principalmente o controle das doenças infecciosas, contribuindo assim para um novo quadro demográfico e epidemiológico, predominando as doenças crônicas não transmissíveis. O exemplo a considerar são os acometimentos cardiovasculares, que nos últimos anos representam a primeira causa de morte entre adultos em grande parte dos países, sendo que no Brasil são representados também por estas doenças. Tais transformações resultaram da necessidade de se propor novos estilos de vida entre os indivíduos, pela determinação de diferentes modos de adoecimento e morte nos mais variados grupos sociais (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, (2010), a “ Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública”(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1).

A HAS caracteriza-se por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, apresentando uma condição clínica multifatorial estando frequentemente associada a “alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais”(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; MALTA, 2009 apud VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010 p.1).

Isoladamente, a hipertensão arterial é uma morbidade relevante no adulto e mesmo que seu controle seja possível com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sua

difícil efetividade possivelmente se deve à baixa adesão ao tratamento. As pessoas apresentam aumento da pressão arterial por herança genética, conhecida por fator de risco não modificável, ou por fatores modificáveis como a ingestão excessiva de sal, estresse, obesidade, sedentarismo e alcoolismo. Deve-se portanto estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, utilizando-se de estratégias capazes de aumentar o controle da doença resultando em benefícios para as instituições de saúde, além de melhorias no tratamento nesse nível de intervenção (MANO; PIERIN, 2005). Ainda de acordo com autoras, são disponibilizadas,

[...] vagas nas instituições terciárias, reduzindo o número de acidente vascular encefálico, a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária, que são complicações decorrentes do controle inadequado da hipertensão arterial. O Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou continua (MANO; PIERIN, 2005, p.270).

O caderno de atenção básica que trata da hipertensão arterial define “Hipertensão arterial sistêmica, como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” BRASIL, 2006, p.14). Devem ser considerados no diagnóstico da HAS, os níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas, evitando resultados de diagnóstico falso-positivos. Ao se diagnosticar a HAS, se os níveis pressóricos apresentam-se elevados, devem ser aferidas a pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar um indivíduo como hipertenso. Assim, as aferições devem ser repetidas e em vários dias e em consultório até se chegar à pressão usual e “reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da pressão arterial (BRASIL, 2006, p.14).

Desta forma, para melhorar a adesão terapêutica, torna-se necessário a boa relação entre o usuário e os profissionais de saúde e o desenvolvimento de ações educativas de prevenção e promoção de saúde. (CARVALHO et al., 2012). Pode-se então relacionar alguns fatores com a adesão, como a coincidência entre o aconselhamento médico e da equipe de saúde ao indivíduo e seu comportamento refletido em relação à dieta prescrita,

modificação de estilos de vida e adesão medicamentosa (GIROTTO et al, 2013); (SARQUIS et al, 1992).

[...]Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os pacientes hipertensos. Os estudos muitas vezes não são comparáveis, por abordarem diferentes perfis de indivíduos e utilizarem diferentes métodos para identificar a adesão. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica pela sua complexidade. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita(HIGGINS; REGAN, 2004 apud BARBOSA; LIMA, 2006, p. 36)

De acordo com Mano e Pierin (2005) os baixos níveis de controle da hipertensão, estão diretamente relacionados à pouca adesão ao tratamento. Necessita-se assim de se desenvolver estratégias capazes de auxiliar na elevação do controle da doença beneficiando as instituições de saúde e o tratamento do paciente, reduzindo o número de acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária, que passam a demandar serviços de assistência terciária(LEITE; VASCONCELLOS, 2003 apud GIROTTO et al, 2013 )além de outros fatores como a falta de conhecimento sobre o diagnóstico da HAS, tratamento inadequado como o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, e a falta de acesso à assistência ou mesmo ao tratamento representados pela dificuldade de acesso ao sistema de saúde ou dificuldades financeiras, maior número de medicamentos prescritos, insuficiente relação médico-paciente e finalmente, característica assintomática da doença e cronicidade (LESSA, 2006; GIROTTO et al, 2013).

Baseado no que Sarquis et al (1998) descreve em seu trabalho, que para reduzir a incapacidade e a mortalidade decorrentes da hipertensão são necessárias 3 etapas que devem ser contempladas sendo que o sucesso na redução da HAS depende da inter-relação entre elas e do seu seguimento. São elas:

[...]1. identificar os indivíduos que se beneficiariam com a redução da pressão arterial; 2. tornar estes indivíduos pacientes, ligando-os a um serviço de saúde afim de avaliá-los, tratá-los e segui-los continuamente; e 3. os pacientes tomarem seu medicamento(HAYNES, 1983 apud SARQUIS et al, 1998, p. 342).

Com a crise no setor saúde, no ano de 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, onde a atenção básica, substituiu o modelo tradicional de assistência, até então voltado para a cura de doenças. Cabe ao PSF a promoção da saúde proporcionando ações básicas permitindo a incorporação de ações programáticas e abrangentes e com foco na promoção

da qualidade de vida sendo capaz de propor intervenções para promover o cuidado entre os portadores de diabetes e hipertensão(PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

O Ministério da Saúde além das atuais políticas de promoção e proteção à saúde, propõe ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, no combate à hipertensão arterial, utilizando das habilidades do PSF, que trabalha com a atenção centrada na família, estruturado em uma unidade de saúde, estando a população adscrita sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). A relação entre a atenção básica e o Sistema Único de Saúde(SUS) se deve a ,

[...]A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução. Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 1998 apud ESCOREL et al, 2007, p. 164).

Ainda, conforme os autores supracitados, o Programa de Saúde da Família(PSF) inicialmente voltaria sua cobertura assistencial para as áreas de maior risco social. Porém, seus rumos foram corrigidos passando a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia capaz de estruturar os sistemas municipais de saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial alterando a organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002 apud ESCOREL et al, 2007). Para isto, o SUS proporciona serviços em saúde através do trabalho das equipes de saúde da família, prestando serviços à comunidade, considerando o espaço onde os pacientes vivem, em todo o país incorporando os princípios do SUS(BRASIL, 2010). Assim, o

[...]modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1 000 famílias (2 400 a 4 500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência,

identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (ESCOREL et al, 2007, p. 165).

Considerando os fatores de risco para as alterações da HAS, podem ser citados a idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sódio, ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo, sedentarismo, nível socioeconômico, genética e fatores de risco cardiovascular agregados à predisposição genética, dentre outros. Assim, a prevenção primária da HAS compreende medidas preventivas não medicamentosas como mudanças no estilo de vida para pacientes com pressão arterial limítrofe e hábitos saudáveis de vida desde a infância e adolescência, considerando as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos usuários. Na prevenção primária da HAS, devem ser propostas ações direcionadas à alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e tabagismo. Por outro lado as medidas medicamentosas, em pessoas com pressão arterial limítrofe o tratamento medicamentoso é indicado em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto e pessoas em risco, observando-se as situações em separado e medicação pertinente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **1º Passo: Definição dos problemas**

Um diagnóstico consiste em levantar dados para produzir informações capazes de auxiliar em um planejamento. Este, por sua vez é o mediador entre o conhecimento e a ação, sendo nesse caso necessário conhecer o território onde e os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências. No planejamento em saúde, a equipe ao propor um planejamento deve descrever e explicar os principais problemas de saúde em um determinado território definindo prioridades e as soluções para reduzir os problemas. Finalmente deve ser proposto um plano de ação baseado nessas prioridades, observando a disponibilidade de tempo e dinheiro para a coleta de informações, utilizando-se de um método que proporcione resultados rápidos, avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os autores ainda definem problema como um obstáculo que impede o indivíduo de alcançar seu objetivo. Assim, prestando serviço em saúde na equipe Alencar em Teixeira /MG identificou-se que em sua abrangência estão presentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, além de elevado número de pacientes em uso de psicofármacos. Entre os problemas a serem enfrentados e diante dos recursos disponíveis no momento, a equipe consegue procurar reduzir o número elevado de hipertensos que não aderem aos tratamentos farmacológico e não farmacológico.

### **2º Passo: Priorização dos problemas**

Apesar da relevância de cada um dos problemas encontrados no território da equipe Alencar, não é possível resolvê-los ao mesmo tempo, pois, são necessários elementos importantes como recursos financeiros e humanos, educação permanente, materiais e equipamentos na unidade. Assim, construiu-se o quadro 01, relacionando os problemas com sua importância, urgência, Capacidade de enfrentamento e posteriormente selecionados quanto à prioridade.

Quadro 1 – Priorização para os principais problemas de saúde identificados na UBS José Antônio da Silva, no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
1. Número elevado de hipertensos que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico	Alta	8	Parcial	1
2. Número elevado de diabéticos não controlados associados a Hipertensão Arterial.	Alta	8	Parcial	1
3. Número elevado de pacientes tabagistas.	Alta	7	Parcial	2
4. Número elevado de álcool e outras drogas.	Alta	7	Parcial	2
5. Número elevado de pacientes em uso de psicofármacos com tratamentos de longa duração e sem acompanhamento.	Alta	7	Fora	3

### **3º Passo: Descrição do problema**

O problema de maior relevância dentre os demais encontrados no território da equipe Alencar e que necessita urgência para a equipe foi o elevado número de usuários hipertensos que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico. O processo de trabalho da equipe, vem alterando a rotina do serviço, pois, a mesma enfrenta alta demanda espontânea onde a maioria hipertensos descontrolados, resultando somente em atendimentos médicos e de enfermagem desestabilizando a organização prévia e ficando o usuário sem um atendimento mais humanizado. e nos registros da equipe. Durante as consultas médica e de enfermagem tanto sob demanda espontânea como programadas, atividades do grupo operativo e em conversas paralelas com o paciente e usuários, os membros da equipe perceberam a falta de adesão aos medicamentos por parte dos hipertensos adscritos, bem como o descuido com as atividades preventivas ligadas ao problema e dentre eles a alimentação irregular. Quando questionados sobre qual medicamento utilizam, geralmente o paciente conhece medicamentos através das cores e uma das queixas ou que prejudica o manuseio é o fato de que os medicamentos genéricos vem sendo comercializados em cores brancas em grande parte da lista de medicamentos. Além disso, os usuários de anti-hipertensivos não utilizam medicamentos de forma contínua, alegando melhoria do quadro, a necessidade de receita médica para o acesso a novos medicamentos. Os usuários em sua maioria também não sabem a finalidade do uso

de alguns medicamentos ou quais são eles, bem como desconhecem a frequência da utilização, efeitos adversos, dentre outros. Já em relação às medidas não farmacológicas, observa-se a falta de adesão às propostas da equipe além de não associarem o sedentarismo a falta do exercício físicos, uso de bebida alcoólica e de hábitos alimentares irregulares.

#### **4º Passo: explicação do problema**

Após observar a relevância, capacidade de enfrentamento do problema e a governabilidade da equipe sobre o problema escolhido para intensificar o cuidado prestado aos hipertensos que não aderem aos tratamentos farmacológico e não farmacológico residentes no território sob responsabilidade da equipe Alencar, observou-se que apesar do trabalho intenso com os atendimentos e devidamente diagnosticados e medicamentos prescritos, frequentemente retornam à demanda da equipe buscando nova consulta médica. Assim, a equipe optou por completar o serviço prestado, solicitando o auxílio do núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) que embora já proporcionem palestras e orientação nutricional nos grupos operativos, esta proposta procura enfrentar o problema, levando maior conhecimento em relação à hipertensão pelo usuário, aproveitar o espaço do HIPERDIA para disseminar a importância da modificação dos hábitos alimentares, estimular o uso regular de medicamentos utilizando-se da atenção farmacêutica, ações para reduzir o sedentarismo com propostas do profissional em educação física, e ainda estimulando a educação permanente e continuada para a atualização da equipe para lidar com o problema.

#### **5º Passo: seleção dos “nós críticos”**

Identificação dos principais nós críticos que impedem o controle da hipertensão pela falta de adesão à medidas farmacológicas e não farmacológicas entre usuários da equipe Alencar:

- 1) Falta de hábitos e estilo de vida saudáveis.
- 2) Baixo conhecimento do usuário sobre a doença e tratamento.
- 2) Falta de adesão ao tratamento farmacológico
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde

## 6º Passo: desenho das operações

Quadro 1 – Desenho das operações para o problema baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de hábitos e estilo de vida saudáveis.	<b>Dieta saudável:</b> Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável entre hipertensos	Melhora da alimentação (acompanhamento/nutricionista) Redução do sedentarismo	Palestras educativas (responsabilizar os componentes da equipe e da família do hipertenso) Programa de caminhada (Solicitar ajuda do NASF) Criar um grupo pessoas de 3ª idade, e com HA	<u>Cognitivo:</u> Informações.  <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária
Baixo conhecimento do usuário sobre a doença e tratamento.	<b>Conhecendo a hipertensão</b> População mais informada sobre a doença que sofre e seus riscos.	Melhora da qualidade de vida e hipertenso	Espaço no grupo operativo da UBS/ Aumentar o nível de informação da população com palestras sobre HAS material informativo cartazes folhetos. Conversa direta em cada consulta	<u>Político:</u> envolvimento dos gestores. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização social.
Falta de adesão ao tratamento farmacológico	<b>Importância do remédio</b> Diminuir o abandono ao tratamento e conseguir acompanhamento médico programado	Hipertensos que se medicam diariamente e frequentam as consultas no prazo solicitado pelo médico	Pedir apoio ao farmacêutico do NASF/ atenção farmacêutica e clínica	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores Agenda do farmacêutico
Insuficiente processo de trabalho da equipe de saúde Solicitar as Interconsultas com as especialidades necessárias e HIPERDIA.	<b>Linha de trabalho</b> acompanhamento em o 100% dos hipertensos diagnosticados	Melhoria técnica do atendimento.  Cumprir com as consultas previstas por protocolo de atendimento.	estabelecido por linha-guia de hipertensão arterial diabetes mellitus e doença renal crônica. Revisar bibliografia referida.	<u>Cognitivo:</u> elaboração e formalização de linha de cuidados.

## 7º Passo: Identificação dos recursos críticos

Quadro 2 – Desenho de operações para os nós críticos do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

<b>Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do problema" baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG"</b>	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Dieta saudável:</b> Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável entre hipertensos	<u>Cognitivo:</u> Informações. <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária
<b>Conhecendo a hipertensão</b> População mais informada sobre a doença que sofre e seus riscos.	<u>Político:</u> envolvimento dos gestores. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização social.
<b>Importância do remédio</b> Diminuir o abandono ao tratamento e conseguir acompanhamento médico programado	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores Agenda do farmacêutico
<b>Linha de trabalho</b> acompanhamento em o 100% dos hipertensos diagnosticados	<u>Cognitivo:</u> elaboração e formalização de linha de cuidados.

### 8º Passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 4 – Análise de viabilidade do plano sobre a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

<b>Análise da viabilidade do plano para o problema " baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG"</b>				
<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Dieta saudável:</b> Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável entre hipertensos	<u>Cognitivo:</u> Informações.  <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária	Nutricionista  Representante da população	Favorável  Favorável	Apresentar o projeto.
<b>Conhecendo a hipertensão</b> População mais informada sobre a doença que sofre e seus riscos.	<u>Político:</u> envolvimento dos gestores. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização social.	Médico e enfermeiro	Favorável	Apresentar o projeto
<b>Importância do remédio</b> Diminuir o abandono ao tratamento e conseguir acompanhamento médico programado	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores do Agenda do farmacêutico	Farmacêutico	Favorável	Apresentar o projeto
<b>Linha de trabalho</b> acompanhamento em o 100% dos hipertensos diagnosticados	<u>Cognitivo:</u> elaboração e formalização de linha de cuidados.	Equipe de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

**9º Passo: elaboração do plano operativo**

Quadro 5 – Plano operativo para a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG

<b>Plano Operativo para o problema "baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG"</b>					
<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Dieta saudável:</b> Elevar o conhecimento sobre alimentação saudável entre hipertensos	Melhora da alimentação (acompanhamento/nutricionista) Redução do sedentarismo	Palestras educativas (responsabilizar os componentes da equipe e da família do hipertenso) Programa de caminhada (Solicitar ajuda do NASF) Criar um grupo pessoas de 3ª idade, e com HA	Apresentar o projeto para Coordenador da atenção básica	Médico	Três meses para o início das atividades
<b>Conhecendo a hipertensão</b> População mais informada sobre a doença que sofre e seus riscos.	Melhora da qualidade de vida e hipertenso	Espaço no grupo operativo da UBS/ Aumentar o nível de informação da população com palestras sobre HAS material informativo cartazes folhetos. Conversa direta em cada consulta	Apresentar o projeto para a equipe e farmacêutico da prefeitura	Médico	Início: três meses
<b>Importância do remédio</b> Diminuir o abandono ao tratamento e conseguir acompanhamento médico programado	Hipertensos que se medicam diariamente e frequentam as consultas no prazo solicitado pelo médico	Pedir apoio ao farmacêutico do NASF/ atenção farmacêutica e clínica	Apresentar o projeto para a equipe Apresentar o projeto para a equipe	Enfermeiro	Início em quatro meses e
<b>Linha de trabalho</b> acompanhamento em o 100% dos hipertensos diagnosticados	Melhoria técnica do atendimento.  Cumprir com as consultas previstas por protocolo de atendimento.	Estabelecer linha-guia de hipertensão arterial diabetes mellitus e doença renal crônica. Revisar bibliografia referida.	Apresentar o projeto para a equipe Apresentar o projeto para a equipe	ACS	Início: três meses.

### 10º Passo: Gestão do plano

<b>Planilha de acompanhamento das operações/projeto do problema " baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre os hipertensos no território da equipe Alencar em Teixeira/MG"</b>					
<b>Operação " Dieta saudável "</b> <b>Coordenação:. Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Palestras educativas (responsabilizar os componentes da equipe e da família do hipertenso) Programa de caminhada(Solicitar ajuda do NASF) Criar um grupo pessoas de 3ª idade e com HA	Nutricionista e Educador físico da prefeitura	3 meses	Programa a ser implantado e	Agenda do NASF sendo organizada	2 meses
<b>Operação "Conhecendo a hipertensão"</b> <b>Coordenação: Médico</b>					
Espaço no grupo operativo da UBS/ Aumentar o nível de informação da população com palestras sobre HAS material informativo cartazes folhetos. Conversa direta em cada consulta	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Início: três meses.	Projeto ainda em discussão com a Coordenação	.	Um mês.
<b>Operação "Importância do remédio"</b> <b>Coordenação: Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Pedir apoio ao farmacêutico do NASF/ atenção farmacêutica e clínica	ACS	9 meses	Programa a ser implantado	Agenda do NASF sendo organizada	3 meses
<b>Operação : " Linha de trabalho"</b> <b>Coordenação: Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Prazo Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Estabelecer linha-guia de hipertensão arterial diabetes mellitus e doença renal crônica. Revisar bibliografia referida.	ACS	Início: três meses.	Projeto apresentado	Processo de educação em andamento	2 meses

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O descontrole da pressão arterial pela falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico além de um grande problema de saúde pública, conduz os usuários hipertensos descontrolados à UBS solicitando novos medicamentos diariamente. A abordagem do profissional médico, equipe e equipe multidisciplinar é de máxima importância, pois, são responsáveis pela efetivação da orientação ao usuário sobre mudanças nos hábitos e estilos de vida, como prática de atividade física e acompanhamento da pressão arterial e co-morbidades. Esta ação será efetivada com o apoio da equipe multidisciplinar e de todos os membros da equipe para a promoção do cuidado.

A prescrição de medicamentos passa a ser acompanhada da orientação do farmacêutico e respeitadas as datas e retornos do hipertenso ao serviço, para que haja controle e adequação na administração dos fármacos e observação de efeitos adversos, para que sejam regularizadas e se obtenha a ação farmacológica esperada, sendo este um dos principais objetivos deste plano de ação.

A implementação deste plano de ação permitirá que a equipe Alencar consiga facilitar e melhorar a abordagem aos usuários hipertensos que até o momento não aderem à medidas farmacológicas e não farmacológicas, valorizando a conscientização do hipertenso quanto ao uso de medicamentos, hábitos alimentares coerentes, aumento do vínculo com a clientela para proporcionar maior confiança e credibilidade dos usuários com a equipe e promovendo prevenção da doença e promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J., C.; GUIMARÃES, A., C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**; v. 41, n. 3, p. 368-74. 2007

ARAÚJO, J., L.; PAZ, E., P., A.; MOREIRA, T., M., M.. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v.14, n. 3, p. 560-566. jul-set . 2010.

BARBOSA, R., G., B. B.; LIMA, N., K., C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens**; v.13; n. 1; p. 35-38. 2006.

BRASIL. **Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística**. IBGE Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316850&idtema=16&search=minas-gerais|teixeiras|sintese-das-informacoes>>, Acesso em: 28 jun. 2014

BRASIL. **Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística**. IBGE Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316850&idtema=16&search=minas-gerais|teixeiras|sintese-das-informacoes>>, Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**. Porto Alegre. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009. 54 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília. 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília. 2015. 128 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, Andre Luis Menezes et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1885-1892, Jul. 2012 .

ESCOREL, Sarah et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 21, n. 2-3, p. 164-176, Mar. 2007 .

GIROTTI, E.; ANDRADE , S., M.; CABRERA, M., A., S.; MATSUO, T. 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

LESSA, I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 269-275, Set. 2005

PAIVA, D., C., P.; BERSUSA, A., S.; ESCUDER, M., M., L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006

SANTOS, Z., M., S., A., S.; FROTA, M., A.; CRUZ, D., M.; HOLANDA, S., D., O. . Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm** . v.14, n. 3, p. 332-40. Jul-Set. 2005 .

SARQUIS, Leila Maria Mansano et al . A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 335-353, Dez. 1998 .

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte. 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO . SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**; v. 95, supl.1, p. 1-51. 2010

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 .