

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

NAYRA ROBERTA DA HORA SALES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO POR PACIENTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DOUGLAS
BUARQUE I, SÃO JOSÉ DA LAJE/AL**

**ALAGOAS /UFTM
2013**

NAYRA ROBERTA DA HORA SALES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO POR PACIENTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DOUGLAS
BUARQUE I, SÃO JOSÉ DA LAJE/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família pela Universidade Federal de
Minas Gerais para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a Quitéria Silva do Nascimento
Torres.

**ALAGOAS /UFTM
2013**

NAYRA ROBERTA DA HORA SALES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO POR PACIENTES
DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DOUGLAS
BUARQUE I, SÃO JOSÉ DA LAJE/AL**

Banca Examinadora

Profª Quitéria Silva do Nascimento Torres- orientadora.

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete

-

Aprovado em Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2014

RESUMO

A unidade de saúde Douglas Buarque I, unidade alvo deste estudo, está localizada no centro do município de São José da Laje - Alagoas e possui 1080 famílias com 3446 pessoas em seu território de abrangência. Nesta unidade observa-se, entre vários problemas, a má adesão ao tratamento, em especial ao tratamento anti-hipertensivo. Estima-se que 15% a 20% da população brasileira pode ser rotulada como hipertensa e cerca de 12,5% da população deste estudo também o é. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode acarretar prejuízos graves como aumento de complicações, especialmente cardiovasculares (responsável pela principal causa de morte no Brasil). Além disso, a redução da qualidade de vida dos pacientes e o aumento dos gastos hospitalares e de recursos assistenciais são consequências importantes da má adesão. Por isso, este trabalho teve como objetivo principal elaborar um plano de intervenção que possibilite aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Unidade de Saúde Douglas Buarque I, no município de São José da Laje. Fez-se, ainda, pesquisa na base de dados do SciELO e alguns módulos do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. O plano de ação foi elaborado baseando-se na resolução dos problemas encontrados para efetuar uma boa adesão medicamentosa, sendo estes: a falta de medicamentos na unidade de saúde, o pouco conhecimento dos usuários sobre suas patologias e a consequência delas, muitos medicamentos a serem tomados diariamente, analfabetismo que dificulta a interpretação das prescrições, prescrições ilegíveis, doenças crônicas aparentemente assintomáticas, má alimentação e sedentarismo. De forma continuada, podemos promover uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente uma melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Hipertensão. Pressão arterial. Planejamento em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The health unit Douglas Buarque I, Unit aim of this study is located in the center of São José da Laje - Alagoas and has 1080 households with 3446 people in its coverage area. This unit is observed among various problems, poor adherence to treatment, especially anti - hypertensive treatment. It is estimated that 15% to 20 % of the population can be labeled as hypertensive and about 12.5 % of the population of this study is too. Non-adherence to antihypertensive treatment can cause serious damage such as increased complications, particularly cardiovascular (the main cause of death in Brazil) . Furthermore, the reduced quality of life of patients and increased hospital spending and aid resources are important consequences of poor adherence . Thus, this study aims to create a plan of intervention to improve adherence to antihypertensive treatment and consequently promote health in this population. There was still searching the database scielo and some modules of the specialization course in primary health care in the family. The action plan was prepared based on the resolution of problems encountered to make a good medication adherence , these being : lack of medicines at the health unit , the lack of knowledge of users about their diseases and the consequence of them , many medications to be taken daily, illiteracy hampers the interpretation of the requirements , illegible prescriptions apparently asymptomatic chronic diseases , poor diet and physical inactivity . Continuously , we can promote better adherence to antihypertensive treatment and consequently an improved quality of life.

Keywords: Hypertension. Blood pressure. Health planning. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 JUSTIFICATIVA.....	08
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo geral	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 METODOLOGIA	11
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

O município de São José da Laje, situado na mesorregião do Leste Alagoano e da microrregião Serrana dos Quilombos, possui uma população de 22.689 habitantes com baixo nível socioeconômico, sendo 100% assistida pelo programa de saúde da família (PSF). Possui 4715 famílias, assistidas por oito equipes de saúde da família, sendo cinco na área urbana do município e três na área rural. A unidade de saúde Douglas Buarque I, unidade onde trabalho e alvo deste estudo, está localizada no centro da cidade, é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar dentário e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e possui 1080 famílias com 3446 pessoas em seu território de abrangência.

A unidade de saúde Douglas Buarque I apresenta inúmeras dificuldades em relação ao controle das doenças, à prevenção primária, promoção de saúde e gestão dos recursos da saúde. Entre os problemas apresentados, foram selecionados pela equipe de saúde os seguintes:

Má adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso); falta de saneamento básico; água não tratada; falta de recursos para custear exames complementares; falta de medicamentos para a população; nível socioeconômico baixo; baixa escolaridade; má alimentação/ desnutrição; dificuldade de encaminhamento para ambulatório especializado; alta prevalência de esquistossomose; má coordenação do cuidado por difícil acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção; área sem agente comunitário de saúde.

Como problema eleito de prioridade temos a má adesão ao tratamento, em especial ao tratamento anti-hipertensivo. Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, "estima-se que 15% a 20% da população brasileira pode ser rotulada como hipertensa" (REIS ; GLASHAN, 2001), doença muito prevalente também na área de abrangência deste estudo, apresentando 434 hipertensos. Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma doença crônica, ela não é curada, mas sim, controlada, requerendo tratamento por toda a vida, necessitando, portanto, de uma efetiva adesão ao tratamento.

Entretanto, essa não é uma tarefa fácil, visto que o tratamento é longo e nem sempre será seguido conforme prescrito (REINERS et al.,2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão ao tratamento como a correspondência entre o comportamento de uma pessoa e a recomendação de um profissional de saúde, seja por tomar uma medicação, seguir uma dieta ou mudar estilo de vida (SABATÉ, 2003).

Entre os nós críticos para efetuar uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, temos a falta de medicamentos na unidade de saúde, o pouco conhecimento dos usuários sobre suas patologias e a consequência delas, muitos medicamentos a serem tomados diariamente, prescrições pouco específicas ou difíceis de ler, o analfabetismo que dificulta o entendimento da prescrição médica, doenças crônicas aparentemente assintomáticas, má alimentação e sedentarismo. A fim de melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao seu tratamento, faz-se necessário uma intervenção na unidade de saúde Douglas Buarque I.

A proposta de intervenção a que se refere este trabalho apresenta as ações apresentadas para cada nó crítico, os responsáveis e prazo de execução, bem como os recursos necessários, os resultados esperados e como será feito o acompanhamento e avaliação.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, altamente prevalente, sendo um fator de risco maior para morbidade e mortalidade, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, como também seu seguimento (REIS; GLASHAN, 2001).

No Brasil, a principal causa de morte são as complicações das doenças cardiovasculares, cujo maior fator de risco é a hipertensão arterial sistêmica e causam importante redução da qualidade de vida das pessoas acometidas com a possibilidade de incapacitação laborativa, reduzindo a sobrevida e provocando custo econômico e social dele decorrente (ARAUJO; GARCIA, 2006).

Para obter um adequado controle da pressão arterial é necessário assegurar uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Após a prescrição médica, a chance de o paciente não cumprir nada do que lhe foi passado é baixa; mas a taxa de abandono, após seis meses, é elevada (GIORGI, 2006).

Diante da população estudada em São José da Laje, devido principalmente ao alto índice de analfabetismo, baixas condições socioeconômicas, falta de medicamentos, obesidade e sedentarismo, os pacientes hipertensos não aderem ao tratamento adequadamente mantendo constantemente altos níveis pressóricos.

Dentre os prejuízos resultantes da não adesão, sobressaem o inadequado controle da HAS; o aumento de complicações e de mortes resultantes dessas complicações; o aumento dos gastos com admissões hospitalares; a redução da qualidade de vida dos pacientes; a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais (ARAUJO, GARCIA, 2006).

Nos países em desenvolvimento é grande o desperdício de recursos destinados a medicamentos, podendo chegar até a 40% das verbas da saúde, enquanto em países desenvolvidos essa cifra é de 8% (GIORGI, 2006).

Acredita-se que esta pesquisa, juntamente com os de outros estudos já realizados, poderá subsidiar propostas para o estabelecimento de novos modelos assistenciais, mais satisfatórios do ponto de vista dos pacientes e mais eficazes em conseguir sua aderência aos hábitos de vida saudáveis e uso de medicamentos anti-

hipertensivos, e dessa forma reduzir os altos índices de morbidade e mortalidade que esta doença acarreta.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção que possibilite aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Unidade de Saúde Douglas Buarque I, no município de São José da Laje.

2.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores que contribuem para a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo;

Promover conhecimento dos pacientes sobre sua patologia;

Contribuir para a diminuição da morbimortalidade consequente da Hipertensão Arterial Sistêmica mal controlada.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um plano de intervenção a ser desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Douglas Buarque I no município de São José da Laje no ano de 2013, cuja população alvo será pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. Para propor este plano de intervenção foi necessário o reconhecimento das maiores dificuldades vivenciadas na unidade de saúde e entre elas foi eleita aquela de prioridade. Uma vez estabelecida como problema alvo – má adesão ao tratamento anti-hipertensivo - foram analisados os nós críticos que impossibilitam a adesão efetiva e quais consequências este problema pode acarretar na saúde e nas condições socioeconômicas dos pacientes hipertensos. A partir da identificação dos nós críticos, foi construído o plano de ação a ser implementado.

Para melhor entender o impacto desse dano à população abrangida levantou-se informações de dados da unidade básica de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de São José da Laje acerca do número de famílias e de pessoas assistidas neste território e a prevalência de pacientes hipertensos.

Foram ainda consultados trabalhos científicos nacionais e internacionais sobre a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo, suas causas e consequências por meio de pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Com esse embasamento teórico sobre a hipertensão arterial sistêmica, foi proposto um plano de intervenção, com base no método PES a partir do Módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Pesquisou-se, ainda, nos Módulos de Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e Processo de trabalho em saúde (FARIA et al., 2009) do curso de especialização em atenção básica em saúde da família também foram utilizados como apoio teórico para a elaboração deste trabalho.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Condições crônicas são doenças na maioria das vezes não transmissíveis que cronificam e podem causar incapacidades. Exigem tratamento em longo prazo, mudança no estilo de vida e gerenciamento por sua condição. As doenças crônicas representam 59% do total de mortes por ano e se tornarão a principal causa de incapacidade até 2020 e os problemas de saúde mais dispendiosos, sendo um grave problema do ponto visto da saúde e da economia (OMS, 2003). Devido ao caráter, na maioria das vezes, assintomático dessas doenças e ao seu tratamento multifatorial a adesão ao tratamento tem sido fator principal para o não controle dessas condições.

A HAS é uma doença crônica não transmissível altamente prevalente, sendo um fator de risco maior para morbidade e mortalidade, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica, como também seu seguimento. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, é a principal causa de morte no Brasil, além de estar associada a doença coronariana e insuficiência cardíaca. Observa-se nas cidades do Brasil que a prevalência de hipertensão arterial varia de 22,3% a 43,9% (REIS, GLASHAN, 2001; V BRAZILIAN GUIDELINES IN ARTERIAL HYPERTENSION, 2004).

Em Alagoas, não são encontrados muitos dados referentes às doenças crônicas no estado, mas se sabe que há aumento significativo na incidência dessas doenças, crescendo inclusive na faixa etária de adolescentes onde se encontrou pressão arterial elevada (em uma medida) em 9,4% dos jovens (MOURA et al., 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adesão ao tratamento como a correspondência entre o comportamento de uma pessoa e a recomendação de um profissional de saúde, seja por tomar uma medicação, seguir uma dieta ou mudar estilo de vida. Após a prescrição médica, a chance de o paciente não cumprir nada do que lhe foi passado é baixa; mas a taxa de abandono, após seis meses, é elevada. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão

relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo (GIORGI, 2006).

Definir se o paciente está ou não aderindo ao tratamento muitas vezes é difícil, sendo os métodos de avaliação da adesão ao tratamento divididos em indiretos, aqueles em que não se tem certeza se o paciente tomou ou não a medicação, e diretos, aqueles em que há certeza.

Os métodos indiretos expostos são: relato do próprio paciente, opinião do médico, diário do paciente, reabastecimento de receitas, contagem de comprimidos, resposta clínica e a monitorização da medição do número de tomadas. Há, ainda, tabela comparando os diversos métodos.

Os métodos diretos apresentados são a análise biológica e a adição de traçador aos medicamentos. Fica claro que esses métodos são caros e pouco viáveis (OIGMAN, 2006).

Segundo a classificação da OMS existem cinco tipos de fatores que podem favorecer a não adesão do paciente: Fatores socioeconômicos; fatores relacionados ao sistema de saúde (falta de medicamentos, dificuldade para marcação de consultas, má relação médico-paciente, entre outros); fatores ligados à condição de saúde: (forma como a patologia imprime sensação de risco ao paciente; comorbidades como depressão); fatores relacionados à complexidade da terapia e fatores relacionados ao paciente (idade, crença, motivação).

No estudo realizado por Mion e Pierin (1996), para identificar os fatores que contribuem para a não adesão, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo do tratamento, 67% por ter de tomar várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis.

Dados da literatura apontam a renda familiar baixa como um dos fatores que podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas que precisam ser tratados por toda a vida, quer seja mudando seu estilo de vida ou usando medicamentos (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008; CAZARINI et al. 2002; V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

É necessário considerar o cotidiano das pessoas, uma vez que as poucas opções de lazer determinadas por condições socioeconômicas precárias e as estruturas familiares voltadas unicamente para a própria subsistência são aspectos

que limitam a relação entre o indivíduo, o exercício físico e a saúde (MOREIRA, 1998).

Estudo de Faria (2008) mostra a maior idade como fator de risco para má adesão uma vez que aumenta a quantidade de doenças degenerativas e conseqüentemente o número de medicações; e diminui a capacidade cognitiva do paciente.

Um nível de escolaridade favorável foi descrito por Cazarini et al. (2002) , como fator capaz de influenciar positivamente no processo de adesão, podendo facilitar o planejamento de grupos educativos com os pacientes portadores de doenças crônicas. Apesar da influência da escolaridade sob a adesão ao tratamento, estudos recentes demonstram que aproximadamente 66% das receitas médicas são consideradas ilegíveis pelos usuários alfabetizados (SILVA e LIMA, 2008), os quais declararam não compreender corretamente as recomendações das receitas médicas relativas à dose, nome do medicamento e duração do tratamento (BEZERRA, SILVA; CARVALHO, 2009).

Também foi observado em diversos estudos o estado civil como variável preditora de aderência ao tratamento, como descreveu Chor, (1998), em seu estudo, no qual pacientes hipertensos casados apresentaram chance duas vezes maior de realizar tratamento, quando comparado aos solteiros.

Em outro estudo, encontramos, segundo Kyngäs e Lahdenperä (1999) dificuldade cerca de 2,5 vezes maior para pacientes hipertensos solteiros e divorciados abandonarem o hábito tabagista, quando comparados aos casados, sugerindo que o apoio familiar representa fator positivo no tratamento de pessoa portadora de doença crônica. Pode-se concluir que as presenças familiares, associadas ao auxílio dos parentes quanto aos horários corretos de medicações, apoio às mudanças de estilo de vida e suporte emocional podem agir de forma a melhorar a adesão e a motivação desses pacientes.

A maioria dos fatores apontados pelos autores como contribuintes para as altas taxas de não adesão está relacionada ao paciente, de forma que falta aos profissionais de saúde repensar sobre seu papel no contexto da falha terapêutica para pessoas portadoras de doenças crônicas. Os profissionais tendem a abordar a questão da adesão/não adesão somente sob suas perspectivas, ignorando as do

paciente, julgando-os e rotulando-os, em vez de reconhecer as razões dos mesmos (REINERS et al., 2009).

Há ainda a questão das prescrições ilegíveis, pauta de discussão em vários debates vigentes, sendo que a não adesão ao tratamento farmacológico é um problema multifatorial, que pode ser caracterizado pela divergência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente (NICHOLS ENGLISH; PORRIER 2000).

Os dados apontam que há necessidade de melhora nos serviços de saúde, capacitação dos profissionais, estratégias multidisciplinares e programas que visem a educação e conscientização dos pacientes, em especial nas Unidades Básicas, tendo em vista que esta constitui o primeiro acesso de grande parcela dos usuários aos serviços de saúde

Há ainda, que se encontrar maneiras de melhorar a motivação dos usuários em conhecer e participar de grupos específicos para que se alcance uma promoção de saúde eficaz, visto que muitos estudos apontam para insatisfação dos pacientes com as estratégias educativas, não enxergando nestas um instrumento capaz de ajudá-los a obter um melhor controle metabólico (CAZARINI et al., 2002).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção apresentada foi organizada em forma de quadro, sendo composta pelos nós críticos que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, a ação a ser realizada para reverter tais problemas, o prazo de execução e os responsáveis. Vale ressaltar que as ações serão contínuas e sem prazo definido para terminarem, uma vez que a adesão ao tratamento é um resultado a ser conseguido em longo prazo.

Quadro 1 – Proposta de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por pacientes da área de abrangência da Unidade de Saúde Douglas Buarque I, São José da Laje-AL.

Nós críticos	Ação	Prazo para execução	Responsável(eis)
Falta de medicamentos	Listar todos os medicamentos usados por cada paciente para envio mensal dos mesmos.	Providenciar lista imediatamente. Até 3 meses para retorno das medicações corretas.	Agentes de saúde, médico, diretor administrativo e secretaria municipal de saúde
Muitos medicamentos tomados	Prescrever os medicamentos em horários mais acessíveis e de forma combinada	Imediato	Médica
Pouco conhecimento da patologia	Atividades educativas semanais na unidade de saúde e capacitar os ACS para dar orientações. Além das orientações durante a consulta	Imediato	Médica, enfermeira, ACS, nutricionista e educador físico.
Doença assintomática	Explicar as consequências agudas e	Imediato	Médica

	crônicas das doenças mal controlada		
Má alimentação	Orientação alimentar em palestras mensais	1 mês	Médica, enfermeira e nutricionista
Sedentarismo	Incentivar a atividade física e promover aulas de educação física em locais públicos semanais.	1 mês	Médica, enfermeira e educador físico
Falta de compreensão das prescrições	Escrever as prescrições com letra legível e especificando horário e quantidade.	Imediato	Médica e enfermeira.
Analfabetismo	Separar os medicamentos com tarjetas coloridas indicando manhã, tarde e noite (amarela, vermelha e preta respectivamente) e a quantidade.	3 meses	ACS

Fonte: Elaborado pela autora

Para enfrentar a falta de medicamentos na unidade de saúde será feita uma lista de todos os medicamentos que os pacientes da comunidade usam e repassada à Secretaria Municipal de Saúde, pois sem essa lista, o envio de medicamento sempre virá defasado com pequena quantidade de algumas classes de drogas e muitas quantidades de outras. Isso faz com que muitos pacientes troquem de medicação mensalmente ou tenham que compra-las, entretanto a maioria dos pacientes não possui condições econômicas para comprar medicamentos, ficando assim sem os mesmos. Os medicamentos podem ser mudados durante o mês a depender do seu controle pressórico, efeitos colaterais, etc. Logo, os ACSs devem

estar atentos para informar mudanças na lista de medicações e a SMS deverá disponibilizar uma margem a mais de medicamentos.

Em relação à grande quantidade de medicamentos, este é um problema de difícil resolução, pois a maioria dos pacientes é idosa e têm várias comorbidades a serem tratadas. Porém o que será feito é prescrever os medicamentos em horários mais acessíveis e de forma combinada para que o paciente não precise parar várias vezes ao dia para se medicar, além de facilitar que o paciente não esqueça alguma medicação.

Em relação à falta de conhecimento dos doentes sobre sua condição e suas consequências, para reverter este problema, além das orientações durante a consulta médica, serão realizadas atividades educativas na unidade de saúde toda quarta-feira, dia em que há atendimento do programa HIPERDIA, que contará com a presença da nutricionista e do educador físico pelo menos uma vez por mês. Também haverá capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde com aulas oferecidas pelo médico para que estes possam em seu dia-dia auxiliar de forma mais efetivas os pacientes em seus domicílios.

É necessária uma prescrição dos medicamentos com letra legível e especificando horário e quantidade de medicamentos a serem tomados. A maioria dos pacientes não sabe ler, sendo este um problema muito difícil de resolver sem uma parceria com secretaria da educação e prefeitura. No entanto, uma ação que pode ser aplicada imediatamente a separação das medicações com tarjetas de diferentes cores para identificar os medicamentos que deverão ser tomados pela manhã, tarde ou noite e sua quantidade. Por fim, é importante individualizar cada caso, conhecer as dificuldades de cada paciente para aderir ao tratamento para assim orientá-los de forma mais efetiva em cada consulta e durante as atividades educativas.

Os recursos necessários para implementação da proposta de intervenção são: os medicamentos em sua quantidade correta, mensalmente; disponibilidade e empenho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), prefeitura e dos profissionais de saúde, entre eles - médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, nutricionista e educador físico; computador e retroprojeto para facilitar as atividades educativas, provenientes da Secretaria Municipal de Saúde; e compra de tarjetas adesivas para diferenciar o horário das medicações. O financiamento

para compra das tarjetas podem ser conseguidos pelo dinheiro que a unidade de saúde recebe do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica).

Ao longo do ano, espera-se que as medicações sejam entregues na quantidade correta mensalmente e que as tarjetas diferenciando os horários das medicações possa facilitar a ingestão de medicamentos dos pacientes analfabetos, assim como, prescrições legíveis, com medicamentos associados e em horários mais acessíveis. Além disso, acredita-se que tanto os pacientes possuirão maior conhecimento de suas patologias, como a equipe sobre as dificuldades de cada paciente para melhor ajuda-los.

O acompanhamento e avaliação do plano de ação serão feitos através da realização de reuniões mensais com os profissionais de saúde da equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde Douglas Buarque I onde serão vistos as dificuldades e os êxitos. Haverá contato contínuo com a Secretaria Municipal de Saúde para garantir a entrega em quantidade correta das medicações. Além disso, será desenvolvido um questionário a ser aplicado à população hipertensa, a cada seis meses, para avaliar a adesão ao tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos indicam a existência de vários fatores que contribuem para a alta taxa de não adesão ao tratamento hipertensivo, sendo a maioria relacionada aos pacientes. A proposta de intervenção deste trabalho apresenta ações cuja implementação poderá contribuir para mudar a realidade da comunidade da área de abrangência da Unidade de Saúde Douglas Buarque I, no município de São José da Laje.

Acredita-se que mesmo em uma população de nível socioeconômico baixo, com altos níveis pressóricos constantes, seja possível, com instrução adequada dos pacientes e empenho de profissionais e gestores seja possível colaborar para o aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, se reduzirá grandes consequências da Hipertensão Arterial Sistêmica, como doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, que continuam sendo altamente prevalentes e responsáveis por sequelas que deterioram a qualidade de vida da população e constituem as principais causas de mortes em nosso país.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.8, n. 2, p. 259-72, 2006.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13(Sup 2), p. 2189-2197, 2008.

BEZERRA, D.S; SILVA, A.C; CARVALHO, A.L.M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Ap I**. v.30, n.1, p. 69-73, 2009.

CAZARINI, R.P.; ZANETTI, M.L.; RIBEIRO, K.P.; PACE, A.E.; FOSS, M.C. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina, Ribeirão Preto**. v. 35, p. 142-150 abr./jun. 2002

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.5, p.100–119, 1998.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

FARIA, H.P et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG , 2009.

FARIA, H.T.G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. [Dissertação] Ribeirão Preto, 2008. COMPLETAR

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, vol.13(1): 47-50, 2006.

IV BRAZILIAN GUIDELINES IN ARTERIAL HYPERTENSION. **Arq Bras Cardiol**. v.82(suppl 4), p. 7-22, 2004.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.832–839, 1999.

MION JUNIOR, D; PIERIN, A.M.G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, São Paulo, 1996. **Anais**, p.120

MOURA, A.A.; SILVA, M.A.A.; FERRAZ, M.R.M.T.; RIVERA, I.R. Prevalência de pressão arterial elevada. **Jornal de Pediatria**; v. 80, n.1, 2008.

NICHOLS-ENGLISH, G.; PORRIER, S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc.* 40(4):475-85, 2000.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Hipertensão*, v.13, n. 1, p. 30-34, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS (2003). **Adherence to long-term therapies: Evidence for action** [relatório]. Geneve: World Health Organization

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, Maio, 2001.

REINERS, A. A. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 (Sup 2), 2009.

SABATÉ, E. **Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

SILVA, A.C.; LIMA, C.W. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 a curto prazo. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** v. 46, n. 5, p. 550-556, 2002.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq Bras Cardiol.** v.89, n. 3, p.24 -78, 2007.