



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Carolina de Moraes Pigosso

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma
intervenção na Unidade Básica de Saúde Diva Luiza
Bardeli, Matinhos - PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Carolina de Moraes Pigosso

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma intervenção na
Unidade Básica de Saúde Diva Luiza Bardeli, Matinhos - PR.

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

Orientador: Murielk Motta Lino
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Carolina de Moraes Pigosso

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma intervenção na
Unidade Básica de Saúde Diva Luiza Bardeli, Matinhos - PR.

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 Büchele
Coordenadora do Curso

Murielk Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: a prevalência de hipertensão arterial sistêmica é de 32,5% no Brasil e a doença é fator de risco independente para acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica fatal e não fatal, além de morte súbita. Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente metade não adere ao medicamento recomendado pelo médico. A adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde. Entretanto, por envolver outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do seguimento da prescrição e englobar aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença. **Objetivo:** melhorar a taxa de pacientes com hipertensão arterial sistêmica controlada através de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso. **Metodologia:** trata-se de um projeto de intervenção cujas ações previstas para intervenção em saúde são: esclarecer de forma simples a fisiopatologia da doença com ênfase no caráter crônico e importância do tratamento continuado mesmo com a doença controlada e sem sintomas; demonstrar meios de minimizar os efeitos do analfabetismo, esquecimento, falta de organização, falta do remédio; e mostrar exemplos reais das consequências do mal controle da HAS. **Resultados esperados:** espera-se, com a implementação das ações propostas, prover à população orientações quanto aos efeitos da doença e suas possíveis consequências, que tanto influenciam na qualidade de vida e dia a dia e promover ações em saúde de acompanhamento clínico e ambulatorial para adesão ao medicamento e estímulo à mudanças no estilo de vida da população, tendo como possível consequência a diminuição do aparecimento de possíveis comorbidades relacionadas ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, Adesão ao tratamento, Atenção Primária à Saúde, Projeto de intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A comunidade em que atua a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Diva Luiza Bardeli localiza-se no bairro do Mangue Seco, no município de Matinhos, cidade litorânea do estado do Paraná distante 110 km da capital, Curitiba. O clima da região é o temperado super úmido e a temperatura média anual gira em torno dos 18°C, com uma máxima média de 26°C e uma mínima de 15°C. A cidade possui cerca de 40 mil habitantes e durante o verão este número aumenta muito devido aos turistas, que buscam seus balneários distribuídos em 17km de praias. Conta com um campus da Universidade Federal do Paraná – UFPR Litoral - com diversos cursos superiores e tecnólogos. Entre eles estão Gestão Ambiental, Gestão Pública, Educação Física, Agroecologia e Gestão Imobiliária (PMM, 2017).

Já o bairro do Mangue Seco tem aproximadamente 4500 habitantes e possui: lares para idosos; 2 Centros de Educação Infantil (CMEI); escola municipal; o Parque Nacional do Rio da Onça (área de proteção ambiental); várias igrejas de diversas religiões (católica, evangélica, espírita, umbandista, testemunha de jeová e quadrangular são alguns exemplos); casa de recuperação de dependentes químicos e o Centro de Referência à Assistência Social (CRAS). Os líderes comunitários, em sua maioria, estão ligados à religião.

A área da nossa UBS atende cerca de 4500 pessoas, um número subestimado visto que nos últimos meses aumentaram muito as áreas de ocupação. São 4062 indivíduos cadastrados, destes cerca de 57% mulheres e 43% de homens. A maioria da população é de idosos, seguidos das crianças, adultos jovens e adolescentes. É uma população muito carente e com intensa vulnerabilidade social. As condições das moradias, em sua maioria, são precárias. Não há rede de esgoto, sendo utilizadas fossas, porém há água encanada. Também há grande quantidade de animais, tanto de estimação como abandonados, e também para subsistência, como cabras e galinhas. Faz parte de nossa área um dos principais pontos de distribuição de drogas do município, o que gera uma maior taxa de doenças sexualmente transmissíveis, violência e abusos na área do que no restante do município. Isso também gera insegurança da comunidade que não pratica atividade física ao ar livre nas proximidades de casa. Mesmo sendo uma cidade litorânea, a orla marítima fica a cerca de 10 km da comunidade, dificultando o uso para lazer.

A população economicamente ativa se divide basicamente em catadores de materiais recicláveis, diaristas e pedreiros. Muitos vivem apenas da aposentadoria e auxílio dos idosos, e grande parte da população participa de programas sociais como Programa Bolsa Família (Federal) e Programa Leite das Crianças (Estadual). Há também uma alta taxa de analfabetismo entre as pessoas maiores de 60 anos. Em relação a procura pelo serviço de saúde, percebe-se uma busca maior pela população idosa, cerca de 50% dos atendimentos, seguidos dos adultos, crianças e adolescentes. As queixas mais comuns são

ansiedade/depressão, lombalgia, cefaleia e infecções de via aérea superior. Já as doenças mais comuns são hipertensão, transtornos depressivos, diabetes tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Dentre os inúmeros problemas observados no dia a dia do atendimento, com base nas conversas tidas com a equipe, e principalmente a governabilidade para intervir, chama atenção a questão da má aderência ao tratamento medicamentoso de hipertensão arterial. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é atualmente uma doença de alta prevalência, segundo o Ministério da Saúde chegou a 30 milhões de pessoas no Brasil em 2015 (SAÚDE, 2015), e a tendência é que essa prevalência siga aumentando nos próximos anos, seja pelos maus hábitos ou apenas pela maior expectativa de vida da população. A HAS é uma doença crônica, sistêmica e que representa fator de risco para outras inúmeras patologias e complicações, necessita de tratamento continuado e um cuidado maior com o estilo de vida na alimentação, atividade física e vícios. A adesão ao tratamento é um dos pilares fundamentais para que as pessoas com essa doença atinjam um controle adequado dos níveis pressóricos e reduzam o risco de eventos adversos, mas também é um dos mais difíceis de se adequar visto que exige entendimento, disciplina e, o mais complicado: mudança de um estilo de vida já sedimentado durante anos.

Em nossa comunidade temos, assim como em todo o mundo, uma elevada prevalência de HAS, em torno de 24%, mas mais do que isso, temos uma elevada taxa de pacientes com HAS mal controlada. Destes pacientes observamos que o que mais contribui para o controle inadequado é a má aderência ao tratamento, tanto de mudança de estilo de vida (MEV) como o tratamento medicamentoso. Este último é o que vamos abordar neste trabalho. A má aderência gera uma maior taxa de eventos adversos que tem a HAS como fator de risco, o principal deles é o acidente vascular encefálico (AVE). Trata-se de um trabalho factível pois, como será detalhado mais adiante, baseia-se mais em orientação e educação. Podemos incluir toda equipe nas atividades e termos bons resultados mesmo com um pequeno tempo de execução.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a taxa de pacientes com hipertensão arterial sistêmica controlada através de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso.

2.2 Objetivos Específicos

- Orientar a população quanto aos efeitos da doença e suas possíveis consequências, que tanto influenciam na qualidade de vida;
- Promover ações em saúde de acompanhamento clínico e ambulatorial para adesão ao medicamento e estímulo à mudanças no estilo de vida da população;
- Diminuir o aparecimento de possíveis comorbidades relacionadas ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida por elevação sustentada de níveis de pressão maiores ou iguais a 140 para sistólica e/ou 90 para diastólica. Atualmente, a prevalência da doença é de 32,5% no Brasil (MALACHIAS et al., 2016), um pouco superior a taxa de aproximadamente 24% identificada na comunidade atendida pela equipe da UBS Mangue Seco em Matinhos. A doença é fator de risco independente para acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal, além de morte súbita (MALACHIAS et al., 2016).

Em todos os estágios de HAS é indicada terapia não medicamentosa que engloba cessação do tabagismo, controle do estresse, prática regular de atividade física, controle de peso, nutrição adequada, entre outras medidas. Além das medidas não medicamentosas, desde o primeiro estágio pode-se associar tratamento medicamentoso, sendo de fundamental importância a adesão ao tratamento para o controle da doença (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Sendo o objetivo deste trabalho abordar a má adesão da terapia medicamentosa da HAS, percebemos este ser um problema mundial, como mostra o estudo de Barbosa e Lima (BARBOSA; LIMA, 2006), cujo resultado de seus estudos publicados na Revista Brasileira de Hipertensão está expressado na seguinte figura:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a aderência a uma terapia de longo prazo é o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações do profissional que lhe prestou atendimento. E o que deve ser considerado aderência? A avaliação da adesão ao tratamento farmacológico é uma tarefa difícil. Cada método de quantificação da adesão descrito na literatura tem suas limitações, sem haver um método ideal,

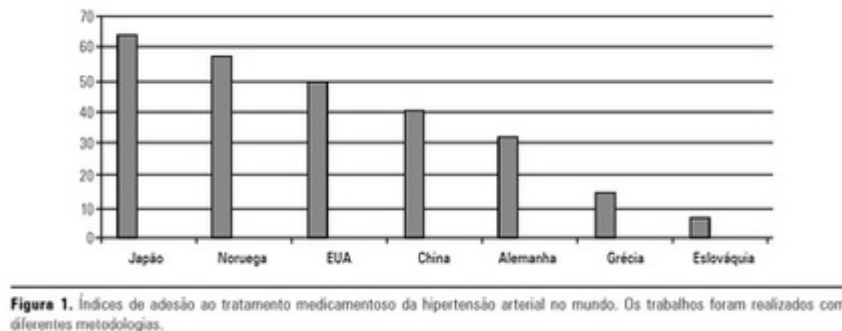


Figura 1 – Estudo sobre adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial (BARBOSA; LIMA, 2006)

cuja sensibilidade e especificidade sejam superiores a 80% (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Há grande variabilidade nos níveis de adesão ao tratamento farmacológico nos diferentes estudos, atribuída à falta de homogeneidade das metodologias utilizadas. (GIROTTTO et al., 2013)

Como exemplos de métodos para estimar a adesão ao tratamento, temos a ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados que é uma forma geral de considerar a adequada adesão à medicação (BASTOS-BARBOSA et al., 2012), bem como o teste de Morisky-Green, que é um instrumento simples e validado e que tem sido o mais utilizado em estudos anteriores sobre adesão ao tratamento de doenças crônicas e pode ser aceito como teste de referência (BARBOSA; LIMA, 2006).

Estudos tem evidenciado que 2/3 dos hipertensos estão com a pressão arterial não controlada (JESUS et al., 2008). Tal taxa em nossa comunidade são melhores, cerca de 35%. Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente metade não adere ao medicamento recomendado pelo médico (GUSMÃO et al., 2009). Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento já foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito (BARBOSA; LIMA, 2006).

Tentamos então entender os motivos que levam o paciente à não aderência. Concorramos com o artigo de Patel e Taylor que diz que as razões são múltiplas e complexas (PATEL; TAYLOR, 2002), então para nos nortear usamos como base as 5 dimensões da adesão segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), como demonstra a seguinte figura:

A seguir listamos as razões citadas para cada uma das dimensões:

1. Fatores relacionados aos serviços de saúde (JESUS et al., 2008); (GIROTTTO et al., 2013); (GUSMÃO; JR., 2006); (BASTOS-BARBOSA et al., 2012):

- a. acesso gratuito insatisfatório ao tratamento medicamentos;
- b. dificuldade de acesso ao sistema de saúde;
- c. inadequação da relação médico-paciente;
- d. nomes legíveis dos medicamentos, o que poderia conduzir a sérios erros na ingestão;
- e. tempo de espera versus tempo de atendimento;
- f. relacionamento com a equipe de saúde.

2. Fatores socioeconômicos (PATEL; TAYLOR, 2002); (JESUS et al., 2008); (GIROTTTO et al., 2013); (BARBOSA; LIMA, 2006):

- a. custo da medicação.

3. Fatores relacionados ao paciente (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010); (PATEL; TAYLOR, 2002); (SARQUIS et al., 1998); (BARBOSA; LIMA, 2006); (GUSMÃO; JR., 2006); (GIROTTTO et al., 2013):

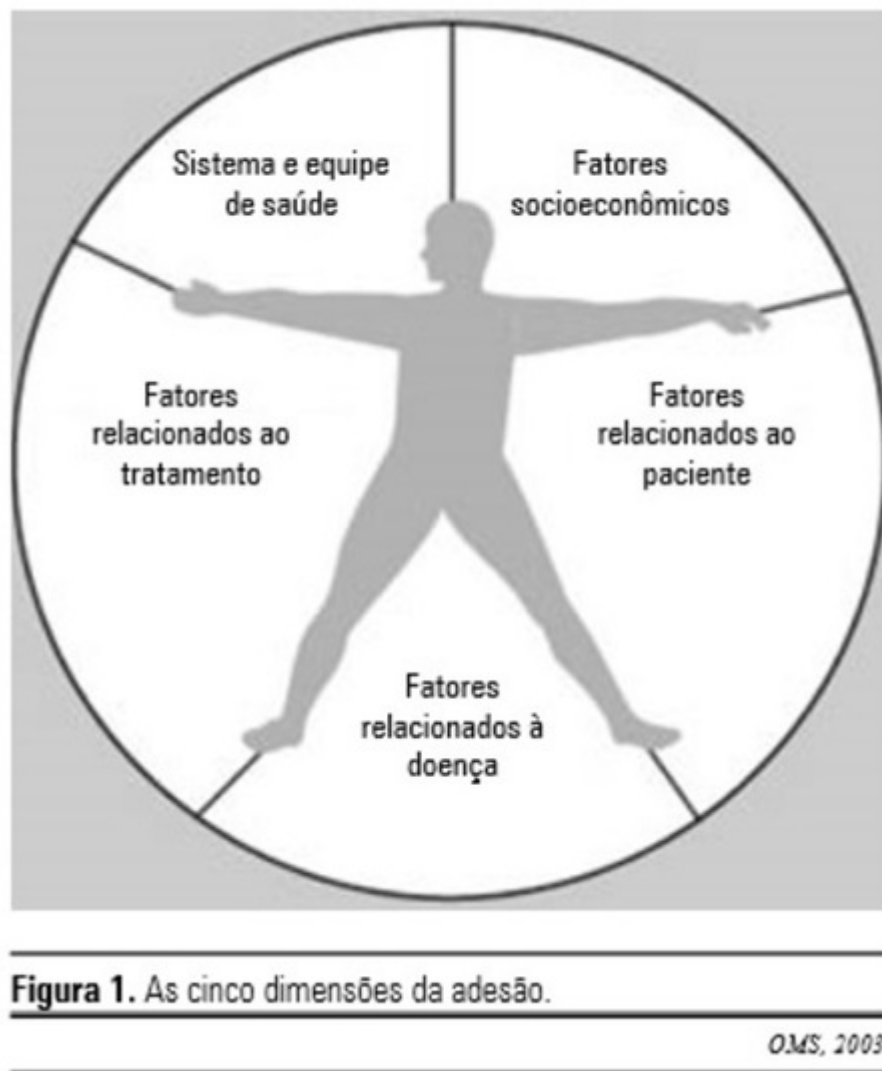


Figura 2 – Cinco dimensões da adesão, segundo a Organização Mundial da Saúde (2003).

- a. esquecimento;
- b. sensação de não necessidade do uso da medicação;
- c. conhecimento sobre hipertensão arterial;
- d. falta de envolvimento do paciente no plano terapêutico;
- e. falta de educação (formal) do paciente;
- f. achar que a pressão arterial estava controlada;
- g. normalização da pressão arterial;
- h. medo de misturar medicamento e bebidas alcoólicas;
- i. uso de tratamentos alternativos;
- j. medo de intoxicação;
- k. medo de hipotensão;
- l. medo de misturar a medicação anti-hipertensiva com outras drogas;
- m. comprometimento do cuidador.

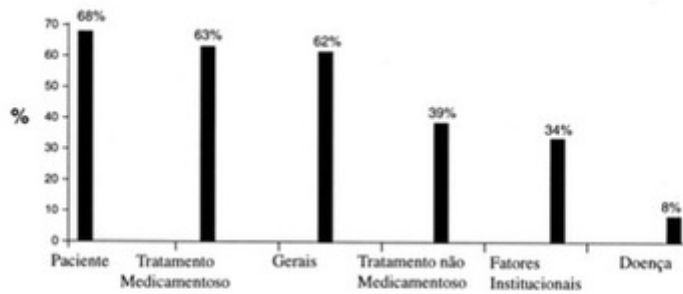


Figura 3. Distribuição dos fatores relativos à adesão de acordo com a frequência com que foram abordados nos periódicos publicados no período de 1991 a 1995.

Figura 3 – Estudo sobre fatores relacionados a adesão ao tratamento medicamentoso (SARQUIS et al, 1998).

4. Fatores relacionados a doença (GIROTTO et al., 2013); (GUSMÃO; JR., 2006); (BASTOS-BARBOSA et al., 2012); (BARBOSA; LIMA, 2006); (GUSMÃO et al., 2009):

- a. característica assintomática da doença;
- b. cronicidade;
- c. consequências tardias.

5. Fatores relacionados ao tratamento (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010); (PATEL; TAYLOR, 2002); (GIROTTO et al., 2013); (BARBOSA; LIMA, 2006); (CARVALHO et al., 2012):

- a. efeitos colaterais provocados pela medicação;
- b. regime de tratamento complexo;
- c. baixo nível educacional do paciente;
- d. maior número de medicamentos prescritos;
- e. mudanças frequentes no tratamento.

Percebemos que, a despeito das várias referências citadas, foram citados fatores relacionados ao paciente como razão de não aderência, padrão que se mantém há algumas décadas como mostra a figura abaixo, retirada do artigo de SARQUIS (SARQUIS et al., 1998).

Não podemos deixar de evidenciar o impacto da não aderência ao tratamento, tanto social como financeiro. Podemos separar os custos relacionados a morbidade e a mortalidade para melhor elucidar a questão, conforme segue:

Morbidade (PATEL; TAYLOR, 2002) (LESSA, 2006):

- mudança no tratamento com mais medicações;
- idas ao serviço de emergência;

-
- hospitalizações;
 - visitas adicionais ao médico;
 - perda de produtividade;
 - amputações devido a isquemia vascular periférica;
 - aposentadoria precoce por invalidez;
 - absenteísmo relacionado ao trabalho;
 - custos com reabilitação;
 - dependência total ou parcial para realização de auto-cuidados, locomoção ou execução de tarefas simples;
 - gastos com assistência médica pós-incapacidade;
 - isolamento social: afastamento do convívio social e lazer;
 - licenças para tratamento;
 - perda da qualidade de vida;
 - problemas familiares;
 - redução do poder aquisitivo;
 - superposição de custos com outras patologias associadas à incapacidade, como depressão, infecções paralelas, desnutrição.

Mortalidade ([PATEL; TAYLOR, 2002](#)) ([LESSA, 2006](#)):

- anos produtivos de vida perdidos por mortes precoces;
- pensão prematura aos familiares;
- alto custo de internamento em casos graves que culminam com a morte.

Dados de 2003 evidenciam a alta proporção de hospitalização e mortalidade devido a HAS e suas complicações na população economicamente ativa de 20 a 59 anos como mostra a tabela a seguir:

Diante de tantos aspectos negativos em relação a má aderência, devemos pensar em como melhorá-la. Já foi demonstrado que o incremento das taxas de adesão ao tratamento, gerando hipertensos controlados, foi capaz de reduzir em cerca de 57% a mortalidade pelo AVC e 50% pelas DAC em 20 anos. No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e

Tabela 1 – Hospitalização (2004) e mortalidade (2003) por HAS e suas complicações na população entre 20 e 59 anos, SUS, Brasil. Fonte: Saúde (2015).

	Hospitalizações	Mortalidade
HAS	47,1%	21,9%
IC	29,5%	21,9%
AVC	34,2%	23,3%
DAC	45,2%	26,1

de promoção de saúde. Através do Ministério da Saúde (MS) foi criado o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, que promoveu a reorientação da assistência farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário. Há também informação do ano 2000 sobre a grande elevação da taxa de adesão ao tratamento da HAS em Brasília e Catanduva, interior de São Paulo, após a implementação de um programa de HAS com busca ativa, o Prodatha (LESSA, 2006) (SAÚDE, 2015).

Por fim, segundo os estudos, entre os pontos a serem melhorados para contribuir com a melhor adesão ao tratamento estão citados a relação com médico-paciente e com a equipe multiprofissional, incentivar os pacientes a revelar suas crenças sobre a sua doença, criar relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, desenvolver ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde, conscientizar sobre os malefícios da hipertensão e fazer com que indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar (GUSMÃO et al., 2009) (CARVALHO et al., 2012).

4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como objetivo melhorar a taxa de pacientes com hipertensão arterial sistêmica controlada através de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso entre os usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Diva Luiza Bardeli, bairro do Mangue Seco, no município de Matinhos-PR.

Inicialmente, para seleção do público alvo, definiu-se os seguintes critérios: diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) confirmado; idade entre 20 e 59 anos; e ser considerado má aderente através do Teste de Morisky-Green.

O Teste de Morisky-Green é composto de quatro questões a serem respondidas com “sim” ou “não”, sendo elas: (1) Alguma vez você esqueceu-se de tomar o remédio?; (2) Às vezes você não é cuidadoso tomando o medicamento?; (3) Quando você se sente melhor, às vezes para de tomar o remédio?; e (4) Às vezes, se você se sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los? A pessoa é considerada como não tendo adesão se respondia afirmativamente pelo menos uma questão.

As ações previstas para intervenção em saúde são:

Atividade 1: Esclarecer de forma simples a fisiopatologia da doença com ênfase: caráter crônico; importância do tratamento continuado mesmo com a doença controlada e sem sintomas.

Atividade 2: Demonstrar meios de minimizar os efeitos do: analfabetismo; esquecimento; falta de organização; falta do remédio.

Atividade 3: Mostrar exemplos reais das consequências do mal controle da HAS.

As informações referentes a organização das referidas atividades, com as correspondentes ações em saúde a serem feitas, o como fazer, a descrição das atividades propriamente ditas, os responsáveis por cada atividade e o período de execução estão reunidas na Tabela abaixo:

Para melhor organização das atividades, é proposto um cronograma para o desenvolvimento das atividades, que ocorrerão ao longo de um ano. Após esse período, serão avaliados os resultados alcançados, avaliando se as medidas surtiram efeito nos índices apresentados entre os usuários atendidos. O cronograma é o que segue na Tabela que segue, sendo que o 1º mês será pactuado juntamente com a equipe e com a secretaria municipal de saúde:

Quanto aos recursos necessários, frente as ações de intervenção programadas, serão necessários recursos humanos, materiais e financeiros, conforme segue:

*recursos humanos: equipe de estratégia de saúde da família disponível e engajada; palestrantes remunerados e/ou voluntários; voluntários que já sofreram eventos adversos da HAS não controlada.

Tabela 2 – Planejamento das ações em saúde

				de exe- cu- ção
Demonstrar meios de minimizar os efeitos do: analfabetismo; esquecimento; falta de organização; falta do remédio	Distribuir objetos separados para medicação por períodos. Explicar a rotina de distribuição das medicações.	Encontro na UBS no dia de entrega das medicações de HAS	Técnicos de enfermagem / ACS	Men- sal
Mostrar exemplos reais das consequências	Grupos de convivência	Reuniões bimensais (meses alternados com as palestras)	Co- muni- dade e equipe	Bi- men- sal
Esclarecer de forma simples a fisiopatologia da doença com ênfase: caráter crônico; importância do tratamento continuado mesmo com a doença controlada e sem sintomas.	Palestras	Palestras trimestrais	Mé- dico / Enfer- meiro	Tri- mes- tral
Avaliação médica do controle de HAS em consultas individuais	Consulta individual	Demanda de pacientes com HAS	Mé- dico	Con- tí- nuo

Tabela 3 – Cronograma de atividades

	1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês	7° mês	8° mês	9° mês	10° mês	11° mês	12° mês
Seleção dos indivíduos	X											
Atividade 1		X			X			X			X	
Atividade 2			X				X					
Atividade 3				X		X			X			X
Consultas individuais				X				X				X

* recursos materiais: infraestrutura (local para palestras/reuniões); materiais de expediente como papéis e meios para impressão de cartilhas explicativas; objetos a serem distribuídos para organização das mediações; bebidas e petiscos para as reuniões.

* recursos financeiros: advindos da secretaria municipal de saúde para obtenção dos materiais de consumo acima citados, além da possível necessidade de custear um palestrante.

5 Resultados Esperados

O presente projeto de intervenção busca alcançar resultados que impactem na saúde da população atendida no âmbito da atenção básica de saúde do SUS. Dentre as necessidades de saúde observadas, a problemática escolhida para atuar visa melhorar a taxa de pacientes com hipertensão arterial sistêmica controlada por meio do alcance de uma melhor aderência ao tratamento medicamentoso, fundamental para o controle da doença e condições de saúde da população.

Para isso espera-se, com a implementação das ações propostas, prover à população orientações quanto aos efeitos da doença e suas possíveis consequências, que tanto influenciam na qualidade de vida e dia a dia e promover ações em saúde de acompanhamento clínico e ambulatorial para adesão ao medicamento e estímulo à mudanças no estilo de vida da população, tendo como possível consequência a diminuição do aparecimento de possíveis comorbidades relacionadas ao descontrole dos níveis de pressão arterial.

Após a implementação das ações, espera-se avaliar os resultados alcançados e verificar o impacto das ações que foram realizadas, ou seja, sendo possível avaliar se houve o benefício esperado com a intervenção e verificando se o modelo de atenção à saúde proposto é compatível com a realidade da comunidade atendida. Sendo assim, segue indicadores para controle e avaliação:

Demonstrar meios de minimizar os efeitos do: analfabetismo; esquecimento; falta de organização; falta do remédio	Pacientes que retornam com os objetos distribuídos para buscar as medicações.	70% : ótimo 50-70%: bom 30-50%: regular
Mostrar exemplos reais das consequências	Reunião 2/2 meses	Reunião 2/2 meses: ótimo Reunião 4/4 meses: bom Palestra 8/8 meses: regular Não realizada reunião: ruim
Esclarecer de forma simples a fisiopatologia da doença com ênfase: caráter crônico; importância do tratamento continuado mesmo com a doença controlada e sem sintomas	Palestra 3/3 meses	Palestra 3/3 meses: ótimo Palestra 6/6 meses: bom Palestra 12/12 meses: regular Não realizada palestra: ruim

Além do objetivo principal, compreende-se como importante considerar os ganhos secundários que também são valiosos, como a participação da equipe no projeto, proximidade com a comunidade, educação e esclarecimentos em saúde, convivência e fortalecimento de vínculo com a comunidade, busca do atendimento integral e com resolutividade, diminuição dos custos de saúde com a minimização de comorbidades e internações, dentre outros fatores. Já os resultados esperados em relação aos indivíduos são de que pelo menos 90% deles tenham a HAS controlada e 80% ou mais se mostrem aderentes ao tratamento medicamentoso.

Referências

- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. da C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 35–38, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, n. 1, p. 636–641, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- BLOCH, K. V.; MELO, A. N. de; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 12, p. 2979–2984, 2008. Citado na página 13.
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa hiperdia no município de teresina (pi). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1885–1892, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 782–787, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1763–1772, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GUSMÃO, J. L. de; JR., D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- GUSMÃO, J. L. de et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 16, n. 1, p. 38–43, 2009. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 18.
- JESUS, E. dos S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 59–65, 2008. Citado na página 14.
- LESSA Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 39–46, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- MALACHIAS, M. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 20–40, 2016. Citado na página 13.
- PATEL, R. P.; TAYLOR, S. D. Factors affecting medication adherence in hypertensive patients. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 36, n. 1, p. 40–45, 2002. Citado 4 vezes nas páginas 14, 15, 16 e 17.
- PMM, P. M. de M. *História: Matinhos*. 2017. Disponível em: <<http://www.matinhos.pr.gov.br/prefeitura/dados.php>>. Acesso em: 10 Jan. 2017. Citado na página 9.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 32, n. 4, p. 335–353, 1998. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.

SAÚDE, M. da. *Hipertensão atinge mais de 30 milhões de pessoas no País*: A doença pode ser provocada pela obesidade, consumo de bebidas alcoólicas, estresse, grande consumo de sal, falta de atividade física e sono inadequado. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/hipertensao-atinge-mais-de-30-milhoes-de-pessoas-no-pais>>. Acesso em: 19 Jan. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 18.