

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

MAVIS GONZÁLEZ CENTENO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO EM PACIENTES DA
EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
BERILO ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

2016

MAVIS GONZÁLEZ CENTENO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO EM PACIENTES DA
EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
BERILO ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS

2016

MAVIS GONZÁLEZ CENTENO

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO EM PACIENTES DA
EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
BERILO ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Prof.^a Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo - Orientadora

Prof.^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 23 de fevereiro de 2016

DEDICO

Dedico este trabalho a Deus, a meu esposo e meus filhos que a pesar da distância sempre estiveram apoiando-me e a todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus seja dada toda honra e toda glória, pois foi Ele a fonte de sabedoria e fé para a concretização deste trabalho.

A minha orientadora, Ivana Montandon Soares Aleixo, a quem devo a realização deste trabalho, pela parceria nas pesquisas, pela dedicação e compromisso.

Agradeço a meu esposo Cadel, pelo grande incentivo e aos meus filhos por serem minha fonte de inspiração.

À Unidade Básica de Saúde do município de Berilo, principalmente ao meu PSF Saúde em Casa, minha equipe de trabalho, minhas enfermagens, agentes de saúde, que foram fonte de apoio e informação para a realização deste trabalho.

A meus pacientes, que são o motivo de meu trabalho e esforço de cada dia.

À UFMG pela oportunidade de estudo. Aos professores e professoras pela competência em ensinar, meu eterno respeito.

À Igreja Batista Peniel e aos demais amigos, pelas orações que funcionaram como renovação de minhas forças.

A todos, meu especial carinho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial representa um grave problema de saúde pública apresentando incidência mundial crescente e impacto como condição crônica na vida de pessoas, famílias e sociedade. A detecção precoce e o acompanhamento criterioso por profissionais de saúde têm estreita relação com qualidade e uma maior sobrevivência desses pacientes. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um plano de intervenção para combater e prevenir complicações da doença para implantação de um programa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos pacientes do Programa de Saúde da Família do Município de Berilo / Araçuaí – Minas Gerais. Foi realizado através de um levantamento bibliográfico de artigos científicos específicos da área pertinentes à temática com objetivo de avaliar os fatores associados à má adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Esperamos com a implementação do plano de ação incluir ações para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo visando à intervenção no sentido de provocar mudança do estilo de vida, no grupo de hipertensos. Gerando assim, um maior conhecimento sobre a patologia, melhora da expectativa de vida, bem estar e aumento da interação paciente, família e unidade de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Programa Saúde da Família. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The High arterial pressure is a clinical condition of high prevalence. It is considered one of the major modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which constitute the leading cause of death in Brazil, being responsible for the high frequency of hospitalizations. The objective is to modify the understanding of pressure levels of patients in the area covered by the family health program health in home, in the Municipality of Beryl - MG, in the period from January to March 2015, through an educational intervention, using techniques quality in health communication. A survey to be completed by patients for data collection will be held. The study population will be hypertensive patients of the health unit, consisting of an intentional sample type. The study has three phases; the search will be applied before and after the intervention phase. The expected results are: identify misconceptions about the disease, increasing knowledge about the same. Look forward to the implementation of the action plan include actions to adherence to antihypertensive treatment aimed at intervention to bring about lifestyle change, in the hypertensive group. Thus generating a better understanding of the disease, improve life expectancy, well-being and increased patient interaction, and family health unit. It is intended to demonstrate the utility of educational intervention in order to improve adults' knowledge in relation to Arterial Hypertension.

Keywords: Hypertension. Family Health Program. Health Education.

LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IDEB | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-americana da Saúde |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SBC | Sociedade Brasileira de Cardiologia |
| SBH | Sociedade Brasileira de Hipertensão |
| SBN | Sociedade Brasileira de Neurocirurgia |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

LISTA DE QUADRO E DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Distribuição da população de Berilo segundo a faixa etária, 2013----- | 13 |
| Quadro 2: Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Berilo, (2000-2010) ----- | 15 |
| Quadro 3: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos ----- | 24 |
| Quadro 4: Principais problemas que impedem um adequado atendimento e classificação aos pacientes com HAS do município Berilo----- | 29 |
| Quadro 5: Dificuldades que favorecem a não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos idosos de nossa comunidade ----- | 30 |
| Quadro 6: Consequências da não adesão ----- | 30 |
| Quadro 7: Desenho das operações para os "nós" críticos do problema Hipertensão Arterial em pacientes do PSF Saúde em casa do município Berilo/Minas Gerais----- | 31 |
| Quadro 8: Viabilidade do plano de intervenção ----- | 33 |
| Quadro 9: Viabilidade do plano de intervenção ----- | 34 |
| Quadro 10: Acompanhamento do plano da ação----- | 35 |
| Figura 1: Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência-2010----- | 14 |
| Figura 2: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2009/2011 fonte: Ministério da Educação – IDEB----- | 16 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 3 OBJETIVOS..... | 21 |
| 4 METODOLOGIA..... | 22 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 23 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO..... | 28 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| ANEXOS..... | 39 |

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Hipertensão Arterial é a principal causa de morte no mundo, com uma prevalência média de 25% com um total de mil milhões de hipertensos, um número que vai aumentar em 20 anos em mais de 50%. Atualmente, 691 milhões de pessoas sofrem de pressão alta no mundo. Dos 15 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 7,2 milhões são de doenças circulatórias do coração e 4,6 milhões, doença vascular cerebral. A Hipertensão Arterial está presente em quase todas essas patologias (BRASIL, 2006).

Aproximadamente um bilhão de pessoas viviam com a hipertensão em 2000, valor que deve aumentar 60% em pouco mais de duas décadas e chegar a 1,56 bilhão em 2025. Além disso, a HAS é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (PÉREZ et al., 2010).

A prevalência de hipertensão varia em todo o mundo, a mais alta é encontrada principalmente nos países de primeiro mundo como Alemanha, com 55%; na América Latina é menor a prevalência, mas não se pode ignorar, sendo entre outros, 19% na Jamaica, 22,3% no Brasil, 28% no Paraguai, 26% na Argentina, 37% no México (PÉREZ et al., 2010). No estudo de prevalência da hipertensão no Brasil por Cipullo (2010), foi registrado um menor predomínio de hipertensão nas regiões Norte (18,9%) e Centro-Oeste (19,4 %) e uma prevalência maior na região Sudeste (22,8%) (KOTCHEN, KOCHEN, GRIM, 2009).

A Hipertensão Arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico (CIPULLO, 2010). Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença constante (ÁVILA et al., 2010).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como: a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabaquismo e o uso de anticoncepcionais orais (CIPULLO, 2010) muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (MALACHIAS, 2010).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, tem forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2012) indicam que a média da idade populacional passara, de 25,5 anos em 2000 a 38,5 anos em 2050. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Intervenção não farmacológica tem sido apontada na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre elas estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física (OMS, 2006).

Assim, a intervenção não farmacológica auxilia no controle dos fatores de risco e nas modificações no estilo de vida, com a intenção de prevenir ou segurar a evolução da hipertensão (SHOJI; FORJAZ, 2000).

Assim, considerando que a educação do paciente hipertenso é fundamental para um melhor controle da doença, que lhe permite compreender melhor sua condição sistêmica e suas conseqüências, é que se propõe fazer uma intervenção educativa em pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Irmã Agatha Knoff, especificamente do PSF Saúde em casa do Município de Berilo/MG.

Identificação do município

Berilo é um município localizado na região nordeste de Minas Gerais e fica a cerca de 610 km da capital do estado. A população é de 12000 habitantes segundo

a estimativa do IBGE para o ano de 2014 que ocupam uma área de 309 km² com uma densidade populacional de 152 hab. /km² (IBGE, 2010).

São cidades limítrofes do município de Berilo: ao norte está Araçuaí, ao sul está o município José Gonçalves, ao leste está Virgem da Lapa e ao oeste está Francisco Badaró. A região onde se encontrava o município era de mata fechada, habitada por indígenas Puris e Botocudos, até que começaram a chegar aventureiros, em busca de terras férteis. Assim os pioneiros fundaram o povoado que recebeu o nome de Berilo. Em 1943 foi elevado à categoria de município. Berilo está inserido na região administrativa do Vale de Jequitinhonha (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO BERILO, 2014).

Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013.

Quadro 1. Distribuição da população de Berilo segundo a faixa etária, 2013.

| Faixa etária | Número absoluto | % |
|----------------|-----------------|-------|
| 0 a 4 anos | 820 | 6,83 |
| 5 a 9 anos | 892 | 7,43 |
| 10 a 14 anos | 1216 | 10,13 |
| 15 a 19 anos | 1152 | 9,6 |
| 20 a 29 anos | 1582 | 13,18 |
| 30 a 49 anos | 2958 | 24,65 |
| 50 a 60 anos | 1568 | 13,06 |
| 60 a 69 anos | 746 | 6,21 |
| 70 a 79 anos | 660 | 5,5 |
| 80 anos e mais | 406 | 3,38 |
| Total | 12000 | 100 |

Fonte: Diagnóstico de Saúde do PSF Saúde em Casa - Secretaria de Saúde de Berilo

Aspectos socioeconômicos

As principais atividades socioeconômicas de berilo são: pecuária, agricultura e silvicultura. As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual.

Índice de Desenvolvimento Humano IDH

O IDH médio para o ano de 2000 foi de 0,795 (PNUD/2000). A Figura 1 mostra que a maior parte da população (74%) está acima da linha da pobreza, enquanto que 13,9% encontram-se abaixo da linha de indigência e só 12,1% estão entre a linha da indigência e pobreza. Isso nos mostra que a maior de nossa população encontra-se acima da linha da pobreza.

Figura 1 - Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência-2010



Fonte: Censo Demográfico - 2010

Elaboração: IPEA/DISOC/NINSOC - Núcleo de Informações Sociais

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 70,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00. E isto é proporcionado pelo programa Bolsa da Família.

Saneamento

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Saúde em casa é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana. Tem famílias em situações precárias de moradia. O quadro 2 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município:

Quadro 2. Percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Berilo, (2000-2010).

| Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água | | |
|---|-------------|-------------|
| Abastecimento Água | 2000 | 2010 |
| Rede geral | 46,1 | 59,5 |
| Poço ou nascente (na propriedade) | 52,5 | 38,9 |
| Outra forma | 1,4 | 1,6 |
| Instalação Sanitária | | |
| | 2000 | 2010 |
| Rede geral de esgoto ou pluvial | 37,4 | 49,8 |
| Fossa séptica | 0,1 | 1,9 |
| Fossa rudimentar | 3,2 | 10,5 |
| Vala | 1,5 | 10,4 |
| Rio, lago ou mar | - | 21,0 |
| Outro escoadouro | 29,0 | 1,0 |
| Não sabe o tipo de escoadouro | 0,3 | - |
| Não tem instalação sanitária | 28,4 | 5,5 |
| Coleta de lixo | | |
| | 2000 | 2010 |
| Coletado | 14,0 | 54,5 |
| Queimado (na propriedade) | 42,2 | 34,5 |
| Enterrado (na propriedade) | 8,8 | 0,4 |
| Jogado | 9,9 | 10,6 |
| Outro destino | 25,2 | - |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Educação

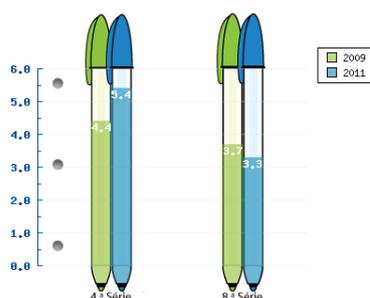
A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 80%

Crianças em idade escolar fora da escola: 15%

A figura 2 indica que o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica obteve uma queda expressiva comparando os alunos da 8ª série em relação aos da 4ª série entre os anos de 2009 e 2011.

Figura 2 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) – 2009/2011



Fonte: Ministério da Educação - IDEB

O IDEB é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado a crianças da 4ª e 8ª séries, podendo variar de 0 a 10. Este município está na 1.590.^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados os alunos da 4.^a série, e na 2.690.^a, no caso dos alunos da 8.^a série.

O IDEB nacional, em 2011, foi de 7,1 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 4,5 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0 (BRASIL, 2012).

Recursos da comunidade

O município conta com quatro escolas, uma creche, várias igrejas, um ginásio poliesportivo, três praças e comércio atuante. Serviços existentes de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.

Sistema Municipal de saúde

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com uma Unidade de Saúde da Família-USF na Sede que a sua vez conta com três PSF.

No centro de saúde da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, no Hospital que conta com 9 pessoas, sendo três médicos atuando 20 horas cada, uma enfermeira 40 horas, uma técnica de enfermagem

40 horas, uma recepcionista 40 horas, um dentista 20 horas, uma Auxiliar de dentista 40 horas e uma auxiliar serviços gerais.

O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para TFD (tratamento fora do domicílio). Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído de um presidente e 14 membros, sendo eles líderes religiosos, civis e políticos. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente.

A referencia para a média e alta complexidade são Araçuaí e Belo Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nessa nova gestão.

Segundo o secretário de Saúde do município, orçamento destinado à saúde está no CNPJ da prefeitura por tanto relata não ter ainda um valor separadamente, mas disse que isso se deve a questões de mudança de gestores, por tanto estará regularizado a partir do próximo mês.

Unidade de Saúde da Família Irmã Agatha Knoff

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. A USF foi implantada em 2001 e há quatro anos está instalada em uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 7 horas a 16 horas. A unidade conta, também, com uma unidade da Farmácia Popular de Minas Gerais desde o ano de 2011.

A ESF Saúde em casa localizado no centro da cidade possui uma equipe composta por uma doutora, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais.

A USF está situada no centro da cidade de Berilo/MG. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes de saúde, sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

Recursos da Saúde

Segundo o Portal da saúde os valores repassados fundo a fundo para o município por setor no período de 01/01/2013 a 19/04/2013 foram: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos.

O município aplicou no ano de 2013 uma quantidade de reais em saúde, ainda não precisada, correspondendo a 25% do orçamento municipal. Para o ano de 2014 espera-se uma redução dos gastos absolutos com saúde em função da redução significativa dos recursos do Fundo de Participação do Município, principal componente do orçamento municipal.

No Município existe um hospital, clínicas privadas, mas conta com laboratórios onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura.

Aspectos Epidemiológicos

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ANO) o município tinha cadastrado no final de 2013, 730 portadores de hipertensão arterial, 226 portadores de diabetes, nenhum portador de tuberculose. O município registrou no ano de 2013, 280 casos de dengue.

2 JUSTIFICATIVA

É sabido que a HAS é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, pois é uma doença crônica, vista atualmente como um problema de saúde pública e que se não for detectada e acompanhada da melhor forma pode gerar sequelas irreversíveis para os pacientes. A HAS vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à diabetes mellitus e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (AVILA, 2012).

Reconhecendo a importância de que a detecção precoce dos fatores de risco para a Hipertensão arterial possa minimizar ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas a esses fatores, o presente trabalho pretende fazer o levantamento do perfil dos usuários; desenvolver junto com a equipe estratégias, para aumentar a adesão e a frequência do público alvo e aumentar a adesão dos usuários ao tratamento. A importância do acompanhamento dos pacientes com hipertensão se deve a necessidade de impedir o surgimento de complicações decorrentes dessas patologias. Com medidas simples, como mudança em hábitos alimentares e na prática de atividade física, em muitos outros casos, no uso de medicações, podem evitar que pessoas ativas, em idade produtiva, ficassem impossibilitados de levarem uma vida sem impedimentos, tanto na área profissional, como no seu dia a dia com sua família, devido às sequelas produzidas por essas enfermidades. Tendo isso em consideração, levando em conta também, a baixa adesão dos pacientes, que são portadores de HAS, as iniciativas de controle e prevenção já existentes. A criação de uma nova ferramenta foi escolhida como a melhor saída para e intervir na evolução negativa dessas doenças.

Espera-se, com essas medidas, apresentar mecanismos que garantam um maior acolhimento dos pacientes à unidade de saúde, que por meio destes se possam estabelecer um vínculo maior dos profissionais que compõe a UBS com os pacientes atendidos. Fazendo com que o usuário compreenda a importância da prevenção e de um tratamento adequado a fim de minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade. Pelo grande

número de idosos com níveis de pressão não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, sendo, portanto uma proposta viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Projeto Intervenção contemplando a adesão ao tratamento de hipertensão aos pacientes da equipe do Programa de Saúde da Família do Município de Berilo, Araçuaí em Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre hipertensão arterial sistêmica.

3.2.2 Elevar o conhecimento e controle da Hipertensão Arterial, através do plano de intervenção.

3.2.3 Reduzir a incidência da hipertensão agindo sobre os fatores de risco, através do plano de intervenção.

4 METODOLOGIA

A proposta deste trabalho teve como base uma revisão da literatura, visando identificar as principais dificuldades para adesão ao tratamento da hipertensão arterial na população.

Inicialmente foi feito um levantamento de artigos nacionais na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e artigos científicos publicados em periódicos utilizando os descritores: hipertensão e adesão. Foi realizada uma leitura dos artigos para verificar sobre os conteúdos e para examinar se possuíam elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida. Destacou-se durante a leitura, os trechos que correspondiam aos elementos de interesse, ou seja, os que se referiam aos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo por hipertensos.

Após esta análise conceitual foi elaborado um plano de Ação visando aumentar a adesão da população hipertensa da equipe do PSF do Município de Berilo, ao tratamento. A elaboração do plano de ação seguiu a metodologia apresentada por Campos, Faria e Santos (2010) e envolveu a seleção dos nós críticos, o desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (FAUCI et al., 2008).

A principal relevância da identificação e controle da hipertensão reside na redução das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica (BRASIL, 2006). A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável pelo menos por 40% das mortes por acidente vascular, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o Diabetes Mellitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). A partir de inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos, chegou-se a uma taxa de prevalência da hipertensão arterial sistêmica acima de 30% , segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (FAUCI et al., 2008).

A HAS é considerada tanto uma condição e um fator de risco, aparecendo como um grande desafio para a saúde, sendo a doença cardiovascular a principal causa de morte no Brasil (GUZMAN, 2006).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial frequentemente associados com alterações funcionais e/ou anormalidades estruturais de órgãos como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de problemas cardiovascular fatal e não fatais. A medida da P.A. deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, sem condições ideais, em pelo menos, três ocasiões (FAUCI et al., 2008).

O quadro 3 mostra a classificação conforme às cifras de PA, em pacientes maiores de 18 anos, segundo as diretrizes brasileiras de HAS que dependendo delas, o profissional da saúde faz o acompanhamento do paciente.

Quadro 3. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

| CLASSIFICAÇÃO | PRESÃO SISTÓLICA (mm Hg) | PRESÃO DIASTÓLICA (mm Hg) |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ótima | < 120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130 -139 | 85-89 |
| HAS Estágio 1 | 140-159 | 90-99 |
| HAS Estágio 2 | 160-179 | 100-109 |
| HAS Estágio 3 | ≥ 180 | ≥110 |
| HAS sistólica isolada | ≥ 140 | <90 |

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010).

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização. É necessário haver o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e de equipamentos calibrados. Muitos estudos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (ESTRADA; PUJOL; DE LA SIERRA, 2002).

Por ser geralmente assintomático, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados e a adesão ao tratamento é menor que a esperada, o que determina um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistêmica em todo o mundo (BRASIL, 2006). Na Região das Américas, a mortalidade relacionada com a Hipertensão está entre as 10 principais causas de morte em homens e mulheres (OMS, 2010). As doenças não transmissíveis são a principal causa de doença e morte prematura evitável. Na Região das Américas o forte aumento no custo do tratamento prejudica o indivíduo e o bem estar da família e ameaça impedir o desenvolvimento social e econômico (FERREIRA et al., 2009). A OPAS/OMS busca intensificar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar o desenvolvimento

das atividades de detecção precoce ampliando o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco e os impactos causados pela hipertensão, e as implicações que seu controle e prevenção representam para a saúde pública (OMS, 2006). “No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares”, incluindo acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio representando as duas maiores causas de morte no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.2).

A Hipertensão é chamada de assassino silencioso, pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença, tornando-se difícil estabelecer um diagnóstico, sendo que, muitas vezes, o diagnóstico ocorre pela complicação (PIERIN et. al, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde, deve-se considerar no diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006). Conhecer o risco coronário dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pode auxiliar no planejamento e na avaliação das ações de saúde, melhor direcionando os planos de cuidados a esses portadores e melhor definindo os intervalos de vigilância e a intensificação das ações de saúde (SILVA, CADE, MOLINA, 2012).

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco para hipertensão, estima-se que 60% dos pacientes hipertensos têm mais de 20% de sobrepeso. A prevalência de hipertensão foi observada em relação à ingestão de NaCl e baixo teor de cálcio e potássio na dieta que pode contribuir para o risco de hipertensão arterial, fatores ambientais, como o consumo de álcool, estresse psicoemocional e baixos níveis de atividade física também pode contribuir para a hipertensão (FAUCI et al., 2008). A população brasileira teve uma mudança de perfil em relação ao estilo de vida, tais como hábitos alimentares, aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade, juntamente com a baixa adesão a realização de atividade física, o que contribui para este projeto (JARDIM, 2007). As intervenções sobre a população que não apresenta doenças, mas com fatores de risco para adoecer, precisam ser dirigidas a dar suporte e apoio as mudanças de estilo de vida e das “escolhas” determinadas socialmente.

O número temático da revista *The Lancet* que abordou a Saúde no Brasil apontou o enorme desafio para o controle das doenças crônicas e seus fatores de risco (SCHMIDT et al., 2011).

O tabagismo é considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares e a maior causa de doença coronariana, tanto em homens quanto em mulheres, assim como já está bem estabelecida a sua correlação com a doença cerebrovascular (FERREIRA et al., 2009). Ele é, portanto, um forte importante fator de risco para a doença arterial periférica. O cigarro aumenta a resistência às drogas anti-hipertensivas e, dessa forma, fazem diminuir sua ação no organismo. Além do mais, o cigarro potencializa o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal (FERREIRA et al., 2009).

Em relação ao estilo de vida, sabe-se que os hábitos alimentares ligados ao alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes associados colaboram para o aumento do sobrepeso corporal (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, é essencial o cuidado baseado em orientações nutricionais e promoção para o autocuidado e educação em saúde (SANTOS et al. 2009)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), pessoas sedentárias têm risco de 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Recomenda-se a prática de exercício físico regular uma vez se ter confirmado que ele diminui o risco de desenvolver condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial, câncer do colo e retal (MENDES, 2012).

5.2 Adesão ao tratamento de hipertensão

Entende-se que a "Adesão ao tratamento anti-hipertensivo" pode ser influenciada por três grupos de fatores antecedentes, os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão: os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócias demográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio familiar; os relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde, entre os quais foram ressaltados a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de hipertensão (ARAUJO, GARCIA, 2006, p.269).

Para se conseguir alcançar os resultados pretendidos com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso é de fundamental importância a realização de grupos educativos feitos pela equipe interdisciplinar.

Para Alves e Calixto (2012), os encontros em grupos permitem ao paciente falar das suas expectativas, necessidades, ansiedades, medos, da doença, do tratamento e, assim, compartilhar com os colegas suas vivências

Resultados de investigações feitas por Alves e Calixto (2012) identificaram quais aspectos influenciam na adesão ao tratamento e como eles interferem. Em pesquisa realizada por elas, no que diz respeito aos grupos, encontraram: informações passadas aos pacientes, confiança nessas informações, facilidade em adquirir medicação, mudança nos hábitos de vida, apoio da família e, em relação sexo, as mulheres possuem mais adesão do que os homens ao tratamento. Esses fatores interferem positivamente na adesão dos pacientes ao correto tratamento.

Destaca-se também a dificuldade que temos com os pacientes hipertensos idosos principalmente porque muitos moram sozinhos ou porque o cuidador é analfabeto e às vezes não tem o sentido de responsabilidade com o paciente. Nós temos trabalhado neste problema capacitando aos cuidadores através das visitas domiciliares e formando grupos com estes pacientes para não somente capacitá-los, mas também para estimulá-los e possam ter uma melhor qualidade de vida.

De acordo com Araújo, Garcia (2006), a satisfação do hipertenso com o atendimento é fator fundamental para a adesão à terapêutica aconselhada. Dentro deste contexto, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes hipertensos é fator preponderante a "adesão ao tratamento anti-hipertensivo".

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano se baseou nos passos preconizados por Campos, Faria e Santos (2010).

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade de saúde em casa, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou: a **falta de capacitação para o acolhimento**, uma vez que os profissionais do setor de recepção têm dificuldades de acolher o paciente, procurar resolver suas dúvidas. Muitas das vezes é preciso que profissionais de outros setores que encontrem pacientes pelos corredores orientem os pacientes ou que estes procurem, pelas salas, a quem os dirija ao seu atendimento necessário; a **não realização da classificação de risco**, pois apesar de existirem trios para aplicação do protocolo de Manchester (1996) este não é aplicado. As triagens são feitas para que não seja remarcada nenhuma consulta e conseqüentemente o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre superlotação, ficando desta forma inviável para realizar um trabalho bem feito; a **falta de adesão ao tratamento**, particularmente entre os idosos hipertensos; a **alta incidência a dengue**, fato foi confirmando no município de Berilo pelo órgão de saúde e **uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos**:

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

O quadro 4 apresenta os principais problemas que influem em um atendimento não adequado aos pacientes, a importância que cada um deles tem, a classificação da urgência, a capacidade de enfrentamento e seleção.

Quadro 4. Principais problemas que impedem um adequado atendimento e classificação aos pacientes com HAS do município Berilo.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Falta de capacitação da equipe para o acolhimento | Alta | 6 | Parcial | 4 |
| Triagem sem classificação de risco | Alta | 4 | Parcial | 5 |
| Falta de adesão ao tratamento para hipertensão entre os idosos | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Alta incidência da Dengue | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos | Alta | 6 | Parcial | 3 |

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado no presente trabalho foi a falta de adesão ao tratamento medicamento anti-hipertensivo. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de oito dentre 730 hipertensos cadastrados e acompanhados, 284 são idosos, desses 129 não são alfabetizados, 45 moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentando dificuldade para memorizar os horários ou ate mesmo lembrarem-se dos remédios.

No quadro 5 encontram-se apresentadas as dificuldades que temos em nossa área de saúde com a não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos idosos e os problemas subjetivos e objetivos que influem nesta área.

Quadro 5. Dificuldades que favorecem a não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos idosos de nossa comunidade.

| Micro Área | Hipertensos idosos | Residem sozinhos | Paciente e/ou cuidador Analfabeto | Não adesão ao tratamento | Não controlados |
|--------------|--------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1 Palmital | 58 | 7 | 20 | 13 | 15 |
| 2 Vailavando | 46 | 7 | 5 | 22 | 25 |
| 3 Mamona | 27 | 6 | 16 | 8 | 10 |
| 4 Ribeirão | 49 | 5 | 17 | 5 | 9 |
| 5 Datas | 40 | 3 | 8 | 12 | 11 |
| 6 Abreu | 23 | 2 | 2 | 5 | 7 |
| 7 Bananão | 41 | 7 | 14 | 6 | 7 |
| Total | 284 | 37 | 82 | 71 | 84 |

Quarto Passo: Explicação do problema

Identificamos as seguintes causas:

1- Não entendimento da orientação/prescrição: essas são ruins, receita com letra ilegível, dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo).

2-Dificuldade de seguimento da orientação: falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde); Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade); Ausência de cuidador. No Quadro 6 encontram-se descritas as consequências da não adesão ao tratamento da HAS.

Quadro 6. Consequências da não adesão

Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Fonte: Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, SBH, SBN, 2010).

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas, prescrições ilegíveis.

Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores → baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador → falta de cuidadores e falta de medicamentos.

6.1 Desenho das operações

O quadro 7 apresenta o desenho das operações. Indica os nós críticos da baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e as operações, projetos, produtos e recursos necessários para enfrentá-los.

Quadro 7. Desenho das operações para os "nós" críticos do problema Hipertensão Arterial em pacientes do PSF Saúde em casa, do município Berilo/Minas Gerais.

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|--|---|--|--|--|
| Processo de trabalho da equipe | <p>Capacitando-se</p> <p>Profissionais de saúde e membros da comunidade motivados e capacitados para abordar os pacientes com HAS.</p> | Acompanhamento pela equipe de saúde dos pacientes com HAS e as orientações realizadas. | Capacitação de profissionais Campanha sobre a HAS. | Organizacional: para preparar profissionais que atuarão no projeto (psicólogo assistente social, médico, enfermeira) Cognitivo: para o planejamento e reuniões dos grupos Financeiro: para montagem de materiais e folders informativos. |
| Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições | <p>Sem dúvidas</p> <p>Proporcionar informações sobre prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial.</p> | Equipe de saúde fazendo prescrições com letra legível e mantendo uma adequada comunicação com os pacientes | Comunidades orientadas; Capacitações entre os membros da comunidade e a equipe de saúde. | Organização ao elaborar e organizar a agenda da equipe de saúde sobre o projeto Cognitivo: informação sobre HAS, prevenção de complicações. Político: conseguir o espaço adequado para realização das atividades (palestras, dinâmicas). Organizacional: para |

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | | | preparar profissionais que atuarão no projeto (psicólogo assistente social, médico, enfermeira). Recursos audiovisuais. |
| Nível de informação | União de família e cuidadores proporcionar espaço de interação familiar e participação ativa de cada membro no desenvolvimento de todos os membros da família. | Pacientes e famílias ou cuidadores orientados sobre o uso adequado de medicamentos e tratamento preventivo da HAS. | Famílias orientadas; Capacitações entre familiares | Organizacional: para preparar profissionais que atuarão no projeto (psicólogo assistente social, médico, enfermeira). Cognitivo: para o planejamento e reuniões dos grupos Financeiro: para montagem de materiais e folders informativos. |
| Falta de cuidadores | Buscando estratégias Viabilizar com familiares e ACS a responsabilidade da mediação de pessoas idosas | Pacientes recebendo em dia a medicação sob responsabilidade de familiares ou ACS. | Conversar com os familiares de primeiro e segundo graus, para conscientizar sobre os cuidados dos idosos, e assim obter uma melhor resposta. | Organizacional: preparar profissionais e familiares para assumirem medicação de idosos. |
| Falta de medicamento | + Medicamentos A falta de medicamentos impossibilita que o paciente tenha um acompanhamento e tratamento adequados. | Medicamentos em quantidade para atender aos usuários com HAS. | Incremento dos medicamentos para controlar as doenças e satisfazer as necessidades dos pacientes. | Organizacional: reuniões com gestores buscando soluções. Capacitar aos membros da equipe, para orientar a população no caso da falta dos medicamentos. Financeiro: meios para a compra dos medicamentos na área de saúde. Político: mostrar aos gestores a importância da medicação para os pacientes com HAS. |

6.2 Recursos críticos

Apresentamos no Quadro 8 as propostas dos recursos críticos que precisam ser pleiteados para implementação do projeto proposto.

Quadro 8. Viabilidade do plano de intervenção

| Operações/ Projeto | Recursos Críticos | Controle dos recursos Críticos | | |
|--------------------------------------|---|--|-----------|-------------------------------------|
| | | Ator que controla | Motivação | Ações estratégicas |
| Sem dúvidas | Organizacional elaborar e organizar a agenda da equipe de saúde sobre o projeto Cognitivo: informação sobre HAS Político: conseguir espaço adequado para realização das atividades (palestras, dinâmicas). Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, (data show, impressos). | Secretaria de Assistência Social. Secretaria de Saúde Secretaria de educação | Favorável | Avaliação e apresentação do projeto |
| União de família e cuidadores | Financeiro: preparação dos profissionais e custeio de novos profissionais Organizacional: organização da equipe e agenda a fim de adequar o programa ao funcionamento da ESF Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde | Secretário de Saúde | Favorável | Apresentar o projeto |
| Buscando estratégias | Organizacional: preparar profissionais que atuarão no projeto Cognitivo: planejamento e reuniões dos grupos que atuarão Financeiro: montagem de materiais e folders informativos | Secretário de Saúde Secretaria de Assistência Social | Favorável | Apresentar o projeto |

O quadro 9 apresenta o Plano de intervenção feito para melhorar a qualidade de vida de os pacientes com HAS.

Quadro 9. Viabilidade do plano de intervenção

| Operações/Projeto | Recursos Críticos | Controle dos recursos Críticos | | |
|--------------------------------------|--|--|-----------|-------------------------------------|
| | | Ator que controla | Motivação | Ações estratégicas |
| Sem dúvidas | Organizacional elaborar e organizar a agenda da equipe de saúde sobre o projeto Cognitivo: informação sobre Hipertensão Político: conseguir espaço adequado para realização das atividades (palestras, dinâmicas). Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, (data show, impressos). | Secretaria de Assistência Social. Secretaria de Saúde Secretaria de educação | Favorável | Avaliação e apresentação do projeto |
| União de família e cuidadores | Financeiro: preparação dos profissionais e custeio de novos profissionais organização da equipe e agenda a fim de adequar o programa ao funcionamento da ESF Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde | Secretário de Saúde | Favorável | Apresentar o projeto |
| Buscando estratégias | Organizacional preparar profissionais que atuarão no projeto Cognitivo planejamento e reuniões dos grupos que atuarão Financeiro: montagem de materiais e folders informativos | Secretário de Saúde Secretaria de Assistência Social | Favorável | Apresentar o projeto |

6.3 Exposição da gestão do plano

Os objetivos é desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos para demonstrar os principais fatores de risco vinculados à HAS e propõe a prática da educação em saúde como meio de modificar tais índices.

6.4 Avaliação e monitoramento.

O adequado controle e acompanhamento dos pacientes deve contar com a participação de pessoas responsáveis dentro da equipe de saúde, tendo uma proposta de ações periódicas, que nos permitam não só avaliar o trabalho da equipe, mas também obter os resultados esperados , conforme Quadro 10

Quadro 10. Acompanhamento do plano da ação

| Operações | Responsável | Prazo |
|--------------------------------------|---|---|
| Sem dúvidas | Equipe de saúde (ESF + NASF) Médico da Unidade Enfermeira e Agentes comunitários de saúde | Dois meses para o início das atividades |
| Buscando estratégias | Médico/ Enfermeira | Três meses para o início das atividades |
| União de família e cuidadores | Médico da Unidade + Enfermeira + Psicólogo + assistente social (NASF) | Início em quatro meses e termino em 6 meses |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que com a realização deste trabalho, as necessidades e anseios dos pacientes portadores de HAS de Berilo sejam atendidos e a prática da equipe saúde da família seja melhorada, seja eficaz na adesão dos pacientes no seu tratamento contra a hipertensão arterial. Que os pacientes se tornem elementos ativos no processo de tratar a hipertensão arterial.

Espera-se, ainda, que com este Plano de Intervenção Educativa consigamos aumentar o conhecimento sobre Hipertensão Arterial e uma redução da morbimortalidade relacionada aos hipertensos no PSF Saúde em casa e uma melhora na qualidade de vida dos mesmos.

Esperamos promover as orientações e as informações e as capacitações dos profissionais envolvidos no projeto. Promover de fato mudanças de hábitos, estilos de vida no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** v. 30, n. 3, p. 255-60, 2012.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: http://www.fen.urg.br/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em: 27.05.2015.

ÁVILA, A., et al. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária.** Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INESP). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Minas Gerais. Berilo, 2012. Disponível em www.inep.gov.br

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica). No-15. 2006.

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 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 110p. 2010.

CIPULLO, J. P., et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** v.94. n. 4, 2010.

ESTRADA, D. J.; L. PUJOL, E.; DE LA SIERRA, A. 2002. **Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre hipertensión y el riesgo cardiovascular.** [En línea]. Disponible: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl010/tl010.PDF>. [junho, 2015].

FAUCI, A. S., et al. **Harrison Medicina Interna.** Rio de Janeiro: 17 ed., volume 2, McGraw-Hill, p. 1549-1562. 2008.

FERREIRA, S. R. G, et al. Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública.** v.43, supl. 2, nov, 2009.

GUZMÁN, J. ARTICULO DE REVISION Hipertensión Arterial. **Actualización Médica Periódica.** Número 58 www.amcmd.com Marzo. Pp. 58. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **IBGE. cidades.** Berilo. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>

JARDIM, P. C. B. V. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v.88, n.4, p.452-457. 2007.

KOTCHEN, T.KOCHEN, J.GRIM, C2000. **Identificar a las enfermedades cardiovasculares predisuestas**. En línea]. Disponible: <http://www.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/cardiovascular/>. [junho, 2015].

LÓPEZ, J. RODRÍGUEZ, M. MUNGGIA, J. Validez y fiabilidad de instrumento fantástico para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. **Clin. Prim** p 542- 549. 2002.. [Serie en Línea] 26(8). Disponível: www.sup.org.uy/Descarga/hta.pdf - [junho, 2015].

MALACHIAS, M. V. B. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Palavra do Presidente. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.2-3, 2010.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: **OPAS**, 2012.

PÉREZ, M.; GONZÁLEZ, A.; RAMOS, O.; ACHON, N. 2005. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. **Rev Cub Epid**. [Serie en Línea] v. 43 (1) Disponible: www.scielosp.org/pdf/spm/ [Marzo, 2015].

PIERIN, A. M. G. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.17, n.1, p.11-17, 2010.

SANTOS, Manoel A. et al. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n.1, p. 57-63, janeiro 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO BERILO, 2014. Disponível em : www.cidade-brasil.com.br/municipio-berilo.html

SHOJI, V.M.; FORJAZ, C.L.M. Treinamento físico da hipertensão. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**. v. 10, p. 7-14, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**; 95(3 supl.2): p. 1-112, 2010.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. D. C. B.; Risco coronário e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. v.20, n.4, p.439-44, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil: 4. chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], n. 377, 2011.

ANEXO I

Causas de não adesão ao tratamento por pacientes hipertensos idosos de nossa comunidade.

