

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

**SAMUEL SILVA FRÓES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADEÇÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NO TERRITÓRIO  
DA UNIDADE DE SAÚDE DO ACARI, PINTÓPOLIS - MG**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS  
2014**

**SAMUEL SILVA FRÓES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADESÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NO TERRITÓRIO  
DA UNIDADE DE SAÚDE DO ACARI, PINTÓPOLIS - MG**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

**MONTES CLAROS – MG**

**2014**

**SAMUEL SILVA FRÓES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADESÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NO TERRITÓRIO  
DA UNIDADE DE SAÚDE DO ACARI, PINTÓPOLIS - MG**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Banca Examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral - Orientador

Dra. Flávia Latini - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte - MG: 21 / 02 / 2014

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica está relacionada à grande morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por elevados gastos e múltiplas internações devido ao descontrole e à falta de tratamento adequado. Apesar do tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, conseguir o controle dessa doença, a adesão ao tratamento é baixa. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da população hipertensa adscrita ao território da Unidade de Saúde do Acari, zona rural do município de Pintópolis - MG. Foi realizada revisão de bibliografia recente relacionada ao tema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo e, paralelamente, construído um projeto de intervenção utilizando-se como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional, envolvendo a equipe de saúde da família do PSF do Acari. O projeto de intervenção incluiu estratégias para aumentar o conhecimento sobre a doença, estimular a mudança dos hábitos alimentares e realização de atividades físicas, além de ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe e reestruturação dos sistemas de referência e acompanhamento multidisciplinar. Com a execução do projeto espera-se que a equipe esteja mais capacitada para o atendimento e que os hipertensos adscritos na zona rural do Acari mudem o comportamento, aumentando o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso, objetivando diminuir as complicações cardiovasculares futuras.

Palavras-chave: “Adesão à Medicação”, “Hipertensão” e “Saúde da Família”.

## **ABSTRACT**

The Hypertension is related to a large number of cardiovascular morbidity and mortality. It is responsible for many expenses and hospitalization due to lack of control and lack of adequate treatment. Despite medication and non-medication treatment get control of this disease, treatment adherence is low. This work presents an intervention project aimed at increasing adherence to medication and non-medication treatment of hypertensive population ascribed to the territory of the Health Unit of the Acari, rural area of Pintópolis - MG. Review of current literature related to the topic of poor adherence were performed and, in parallel, built an intervention project, using as the methodological basis Situational Strategic Planning involving the health family professionals of the Acari. The project intervention included strategies to increase knowledge about the disease, to stimulate change in dietary habits and physical activities, as well as actions to reorganize the work process of health professionals and restructuring the references systems and multidisciplinary treatment. It is expected that health professionals become better able to care and that the ascribed hypertensive patients change behavior by increasing the degree of adherence to medication and non-medication treatment, aiming to reduce future cardiovascular complications.

Keywords: "Medication Adherence", "Hypertension" and "Family Health".

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
AVE	– Acidentes Vasculares Encefálicos
CEABSF	– Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CISNORTE	– Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
DCV	– Doenças Cardiovasculares
HAS	– Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	– Pressão Arterial
PES	– Planejamento Estratégico Situacional
PMA2	– Produção e Marcadores para Avaliação
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	– Programa Saúde da Família
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	– <i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SSA2	– Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFMG	– Universidade Federal de Minas Gerais

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Priorização dos Problemas enfrentados pelas comunidades adscritas no PSF do Acari

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Educar é Saúde
- Quadro 2 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Caminhada Rural
- Quadro 3 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Horta Familiar e Comunitária
- Quadro 4 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Ampliando a Equipe
- Quadro 5 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Capacitando a Equipe
- Quadro 6 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Educar é Saúde
- Quadro 7 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Caminhada Rural
- Quadro 8 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Horta Familiar e Comunitária
- Quadro 9 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Ampliando a Equipe
- Quadro 10 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Capacitando a Equipe

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Descrição do município de Pintópolis – MG .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Planejamento Estratégico Situacional .....</b>	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS:.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Objetivo Geral: .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos:.....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Causas de Má Adesão ao Tratamento .....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento.....</b>	<b>24</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Descrição do município de Pintópolis – MG

Pintópolis é um pequeno município do Norte de Minas Gerais, de 1.229 km<sup>2</sup>, emancipado da cidade de Urucuia – MG no ano de 1995. Conta com população estimada, para o ano de 2013, de 7.491 pessoas, habitando predominantemente em área rural – cerca de 65% (IBGE, 2010; Relatório Anual de Gestão, Pintópolis – MG, 2012).

O município caracteriza-se por ser de difícil acesso, de um lado por estradas de terra e, de outro, por travessia do rio São Francisco por meio de balsa. Possui altas taxas de fecundidade (cerca de 4,47) e de analfabetismo. O município tem um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano da região, sendo de 0,594. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2003, a taxa de analfabetismo (população de 15 anos ou mais) é maior que em Minas e que no Brasil, respectivamente, 25,17%, 11,96% e 13,63% (IBGE; Sala de Situação de Saúde, 2013). Os óbitos mais comuns são decorrentes de doenças cardiovasculares, seguidos por neoplasias (Relatório Anual de Gestão, Pintópolis, 2012). O abastecimento de água na maioria é inadequado ou semi-adequado, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), isso é um potencial fator de risco para doenças como as infecto-parasitárias.

Em relação à saúde, o município pertence à Macrorregião de Saúde Norte, e à Microrregião de Brasília de Minas - São Francisco. Está adscrito na Gerência Regional de Saúde de Januária – MG (SILVA, 2011).

Os serviços de média complexidade são realizados nas cidades de São Francisco e de Brasília de Minas e os de alta complexidade no município de Montes Claros, por meio de pactuações diretas com esses municípios ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE). Pintópolis também é contemplada com unidade básica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, com condutor socorrista e técnico de enfermagem, para atendimentos de

urgência e emergência (SILVA, 2011).

O município possui mais de 90% de cobertura de atendimento da população por unidades básicas de saúde – no número de duas unidades de Programa Saúde da Família (PSF), uma rural e uma urbana.

A equipe da zona rural é a do “PSF do Acari”, que tem sede localizada no Distrito Vila Acari, além de outra sede na comunidade do “Coqueiro” e pontos de apoio que se referem à escolas e igrejas ou mesmo aos domicílios, em aproximadamente outras 22 comunidades ou assentamentos rurais. Algumas das localidades são muito distantes das unidades de referência, o que dificulta o acompanhamento pela equipe de saúde. Há 838 famílias adscritas no território da equipe do Acari, com total de aproximadamente 3.244 pessoas, distribuídas em 10 microáreas.

O PSF do Acari dispõe de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, há um cirurgião-dentista, porém este último atende atualmente na zona urbana; um técnico de saúde bucal e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Na sede do Acari também há mais duas auxiliares de enfermagem, que triam pacientes para atendimento com o médico ou com a enfermeira.

A organização da agenda de atendimentos da equipe do Acari é feita pelo médico e pela enfermeira. Nas sedes do Distrito do Acari e na comunidade do Coqueiro os dias de atendimento são fixos. As outras comunidades são agendas conforme as prioridades apresentadas pelos ACS. Dessa forma, no início de cada mês é feito cronograma flexível constando os dias de atendimento de cada microárea.

O PSF do Acari trabalha com consultas de pacientes agendados e acolhimento dos pacientes de demanda espontânea. Organizam-se também, visitas domiciliares e fazem-se reuniões de grupos operativos com hipertensos, diabéticos e idosos, reunião de saúde mental, reunião de planejamento familiar e de gestantes. Ainda não há utilização de protocolos de atendimento.

O território de abrangência do Acari possui barreiras geográficas, como córregos em algumas localidades e precárias condições das estradas, que pioram nos períodos chuvosos.

No entanto, além das dificuldades da acessibilidade, outros problemas foram

levantados durante as reuniões que a equipe de saúde do Acari realiza mensalmente, na sala de reuniões do PSF da zona urbana, para discussão dos problemas identificados e consolidação de dados mensais. Na reunião do mês de abril/2013, foram listados os seguintes problemas:

- Alcoolismo em jovens e adultos.
- Comunidades de difícil acessibilidade/barreiras geográficas.
- Crianças com verminoses e sem cuidados para evitar contágio.
- Demanda de atendimento de pacientes maior que o número de consultas, atualmente realizado em algumas comunidades.
- Demanda por atendimento pela psicologia/falta do profissional no município.
- Demora em conseguir atendimento especializado.
- Demora na realização de exames.
- Idosos em zona rural sem cuidadores.
- Má adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso propostos.
- Pouca procura, por parte dos usuários, para consultas para prevenção de cânceres e desconhecimento de medidas para preveni-los.
- Problemas no atendimento/acompanhamento de usuários de outros municípios próximos.
- Tabagismo e ausência de procura para seu tratamento.

No município de Pintópolis – MG, na equipe do PSF do Acari, no mês de abril/2013, conforme dados do relatório Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2), constam que foram atendidos 54 pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e que foram feitas duas reuniões para os hipertensos no mês. Já o relatório Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (SSA2), refere que, nesse mesmo mês, os ACS visitaram 424 dos 431 hipertensos cadastrados naquele PSF (SIAB, abril/2013).

Nessa equipe de PSF, ainda não há dados que quantifiquem o número de pacientes que não aderem ao tratamento, no entanto, sabe-se que a prevalência de má adesão ao tratamento anti-hipertensivo é significativa, a partir da observação direta e de relatos dos ACS e técnicos de enfermagem, observações durante as

consultas da enfermeira e do médico da equipe, além dos relatos dos próprios pacientes nos grupos operativos.

Dessa forma, é importante identificar os fatores envolvidos na má adesão ao tratamento e estratégias para corrigi-los, objetivando melhores controles pressóricos. O conhecimento das causas envolvidas neste problema permitirá a construção de um projeto de intervenção para os hipertensos adscritos na Unidade de Saúde do Acari.

## 1.2 Planejamento Estratégico Situacional

Em sistemas de saúde, um bom meio para garantir o sucesso de um projeto de intervenção é realizar planejamento. Segundo Campos, Farias e Santos (2010), planejamento é um cálculo situacional e sistemático que articula o presente com o futuro, apoiado por teorias e métodos.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um dos tipos de métodos de planejamento e foi originalmente proposto pelo professor Prof. Carlos Matus, que foi Ministro da Economia e assessor direto do governo de Salvador Allende, ex-presidente do Chile (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010).

Para Matus, o planejamento é fundamental para aumentar a capacidade de governo e governabilidade na resolução de um problema (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010).

O PES caracteriza-se pela realização da análise situacional para identificação dos problemas, com a participação dos atores sociais envolvidos e elaboração posterior de projeto de intervenção sobre o problema. Ele possui quatro momentos: explicativo, que procura identificar, priorizar e analisar os problemas; normativo, que consiste na elaboração das propostas; estratégico, caracterizado pela análise das propostas elaboradas e formulação de estratégias para atingir os objetivos; e, por último, tático-operacional, da execução, gestão, avaliação e acompanhamento do plano.

## 2 JUSTIFICATIVA

Durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelo médico da equipe da Unidade de Saúde do PSF Acari, buscou-se desenvolver um projeto de intervenção sobre um problema escolhido pela equipe de saúde entre vários elencados, de acordo com a governabilidade da equipe. O problema escolhido foi a falta de adesão ao tratamento dos hipertensos, considerando critérios de relevância, urgência e capacidade de enfrentamento.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de saúde pública, por se tratar de uma doença de grande prevalência e, devido aos riscos, quando não controlada, de morbimortalidades cardiovasculares, principalmente infarto do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (AVE), os quais são as principais causas isoladas de óbitos atualmente.

Com prevalência de aproximadamente 30%, estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros tenham essa doença. Ela é responsável por 54% de todos os casos de AVE e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais (LANCET, 2008 apud SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010). Por ano, aproximadamente 400 mil brasileiros morrem devido a HAS (ALVES e CALIXTO, 2012).

Outro dado importante é sobre o grande número de internações e de gastos com essa morbidade, tanto pela doença quanto por suas complicações. Segundo dados do DATASUS, em 2007, registraram-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares (DCV) no SUS, já em novembro de 2009, foram 91.970 internações por DCV, com custo de R\$165.461.644,33 (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Carvalho *et al.* (2012) apontam que a não adesão ao tratamento, além de aumentar os gastos em saúde pública, leva ao aumento de casos de intoxicações pelo uso irracional de medicamentos.

De acordo com Scotti L. *et al.* (2013), embora o aumento da aderência ao tratamento para hipertensão aumente o custo da compra dos medicamentos, pode levar a importantes benefícios em reduzir o risco cardiovascular.

Todavia, apesar de sua importância, os percentuais de controle de pressão artéria (PA) são muito baixos (20% a 40%), devido à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Nesse sentido, com a adesão ao tratamento os pacientes conseguirão controlar os níveis de hipertensão evitando as consequências negativas de morbimortalidades cardiovasculares, bem como viver com mais qualidade por meio da mudança do estilo de vida.

A construção de um projeto de intervenção facilitará este manejo pela equipe de Saúde do Acari com os pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento.

### **3 OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Propor plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, adscritos na Unidade de Saúde do Acari, da zona rural do município de Pintópolis.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar os fatores causais envolvidos com a má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos por meio da literatura.
- Conhecer estratégias já existentes na literatura para aumentar a adesão terapêutica anti-hipertensiva.
- Propor intervenções visando o aumento da adesão ao tratamento dos hipertensos.

## 4 METODOLOGIA

Realizou-se revisão bibliográfica narrativa, através de consulta de artigos científicos com os descritores “adesão à medicação” e “hipertensão” nas bases de pesquisa do Bireme, LILACS, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Medline, dos anos de 2012 e 2013. Também foi consultado o último consenso brasileiro de HAS, de 2010, das sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e de Nefrologia e as “Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes” da Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Além disso, foram utilizados os textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF – UFMG) e dois Trabalhos de Conclusão de Curso, relacionadas ao tema, encontrados na biblioteca virtual da UFMG: “Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo – Município de Teófilo Otoni-MG”, Araújo (2010), e “Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica”, Cardoso (2011).

Os textos foram avaliados quanto à relevância e relação com os objetivos propostos, isto é, sobre as causas citadas na literatura para o problema da má adesão terapêutica e estratégias já existentes para intervenção. Após análise, serviram de referencial teórico para o estudo.

Os dados iniciais, sobre a cidade de Pintópolis – MG, foram obtidos de descrições do IBGE, do Relatório Anual de Gestão do ano de 2012, além de dados observados do cotidiano do trabalho na equipe do PSF do Acari e informações extraídas de um Trabalho de Conclusão de Curso, da CEABSF – UFMG, Silva (2011), que trabalha na cidade de Pintópolis: “Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de Saúde da Família do município de Pintópolis – MG”.

Após a revisão narrativa, a equipe de Saúde da Família do PSF do Acari elaborou um Plano de Ação para abordagem do problema, utilizando-se a metodologia PES.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Causas de Má Adesão ao Tratamento

A HAS é definida como uma condição caracterizada por aumento sustentado dos níveis de PA.

Considera-se HAS quando os níveis de PA sistólica estão  $\geq 140$  mmHg e os de PA diastólica estão  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS tem alguns fatores de risco como genéticos e ambientais, esses últimos envolvem alimentação com excesso de sal, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Além do uso das diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, a mudança do estilo de vida, com alimentação saudável, cessação do tabagismo e do etilismo e a prática de exercícios físicos conseguem reduzir os níveis de PA (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A adesão terapêutica dos pacientes hipertensos é um desafio no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre as recomendações médicas e da equipe de saúde e o comportamento da pessoa “representado pela ingestão de medicação e o seguimento da dieta e as mudanças do estilo de vida” (GUSMÃO, 2006 apud CARDOSO, 2011).

O controle da HAS está interligado a intensidade da adesão ao tratamento proposto e à taxa de abandono, grau máximo da falta de adesão, que cresce com o tempo de tratamento.

Diversos são os fatores relatados como possíveis causas da má adesão. No PSF do Acari, durante reunião, os ACS listaram dois motivos identificados pela observação direta: hipertensos com comorbidade de alcoolismo e hipertensos idosos sem cuidadores para administrar remédios.

A influência negativa do uso de bebidas alcoólicas também foi vista no trabalho de Giroto (2013) e no trabalho de Leão e Silva *et al.* (2013). Dessa forma, os idosos deixam de usar a medicação para ingerir bebidas alcoólicas.

Leão e Silva *et al.*, (2013), em pesquisa qualitativa com idosos de zona rural, verificaram que estes pacientes possuem conhecimento adequado sobre o tratamento, no entanto, são impulsionados a agirem de acordo com suas opiniões e experiências compartilhadas socialmente, construídas ao longo do tempo.

Estes autores (LEÃO E SILVA *et al.*, 2013) delineiam mais outras causas de má adesão, as quais são mostradas a seguir:

- Considerar a HAS como uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Dessa forma, acreditam que em vez de tomar o medicamento para reduzir a pressão devem buscar outros meios de aliviar seu estado emocional momentâneo como desentendimentos, raiva, tristeza e decepção por meio de conversas com amigos e parentes, ou dormir bem.

- A condição socioeconômica desfavorável pode dificultar adesão ao tratamento não medicamentoso, pois segundo os idosos daquela pesquisa os alimentos saudáveis são mais caros. O grupo que menos aderiu ao tratamento possuía maior proporção de classe socioeconômica mais baixa (64,2%).

- Devido a HAS ser silenciosa e crônica, o “sentir nada” é visto como não ter a doença, não sendo necessário usar a medicação.

- Considerar a realização de exercícios físicos desagradável

- O estado fisiológico de idosos, alguns relataram esquecimento, dificuldades em relação ao número de medicamentos, complexidade de regimes terapêuticos.

- As crenças e práticas culturais em relação ao tratamento, uma vez que acreditam que chás de origem caseira produzidos com folhas e frutos regionais são tão bons quanto o tratamento medicamentoso

As medidas não farmacológicas para diminuir a pressão são muito importantes, no entanto, são baixas as taxas de adesão à atividade física. No trabalho de Giroto *et al.* (2013), apenas 17,7% a realizam regularmente.

Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para melhora das condições físicas e psicológicas. Estes autores ainda citam a Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual refere que as atividades físicas devem fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e que se devem buscar parcerias intersetoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população.

Estes autores ainda encontraram que os exercícios físicos são feitos mais pelos homens que pelas mulheres, e inferem que este achado pode significar que a alta jornada de trabalho das mulheres pode ser um fator causal.

No trabalho de Giroto *et al.* (2013), embora a adesão a dieta tenha sido alta (69,5%), os autores ressaltaram que, em geral, os pacientes entendem mudança somente ao que se refere a redução de consumo de sal, gorduras, doces e açúcares, porém a mudança dos hábitos alimentares requer ainda o consumo de frutas, hortaliças, verduras, legumes, que são alimentos protetores.

Ribeiro *et al.* (2012) enfatizam a necessidade de acompanhamento especializado por nutricionista, referindo que os profissionais de saúde não tem formação adequada para orientações nutricionais, muitas vezes abordando este aspecto do tratamento de forma equivocada. Eles verificaram também, que, além da melhora no controle da PA, a dieta adequada esteve relacionada à melhora do sono e do funcionamento intestinal de pacientes hipertensas em sua pesquisa.

Apontaram ainda, que o consumo de frutas, verduras e legumes é menor nas áreas rurais e naqueles com menor escolaridade e renda. Isso pode explicar, em parte, a baixa adesão à dieta dos pacientes adscritos na PSF do Acari, que tem perfil semelhante por serem de zona rural e de baixa renda.

Carvalho *et al.* (2012) concluíram em sua pesquisa que os hipertensos que são diabéticos são os mais aderentes.

De forma semelhante, Giroto *et al.* (2013) relataram que quanto maior a faixa etária maior a adesão, podendo entender que as pessoas idosas por terem maior prevalência de doenças crônico-degenerativas estão mais preocupadas com sua saúde, então acompanham os serviços mais regularmente, assim maior o controle

da HAS. Assim, deve-se garantir o acesso às consultas para obter maior adesão ao tratamento.

Giroto *et al.* (2013), citam ainda como fatores causais: achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos, indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utilizá-los apenas quando se sentem mal. Eles concluíram também que o acesso aos serviços e profissionais de saúde contribuem para melhora da adesão. No PSF do Acari, por sua vez, por ser em zona rural é um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde.

Os autores Lewis, Ogedgbe C. e Ogedgbe G. (2013) recomendam rastrear depressão nos pacientes hipertensos, uma vez que esta comorbidade influencia na adesão ao tratamento.

Carvalho *et al* (2012) referem que as principais causas de má adesão, quando avaliaram pacientes com o teste de Morisky-Green (escala validada que avalia o grau de adesão) foram o esquecimento ou o atraso do uso das medicações, sendo fáceis de serem resolvidos, pois são comportamentos involuntários, comparados com atitudes intencionais.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sintetizam os fatores causais: psicossociais, estresse emocional, baixa autoestima ligados ao desencadeamento e a manutenção da HAS; fatores ligados ao tratamento: dosagem e posologia de difícil administração; fatores educacionais: falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos: baixa renda para adquirir a medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, relação ruim com os profissionais de saúde, dificuldade de marcação de consultas, tempo prolongado de atendimento, falta de equipe multidisciplinar e a falta de busca ativa dos pacientes; fatores ligados às medicações: efeitos colaterais, e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A literatura ainda cita métodos para se diagnosticar a adesão à medicação, tanto para o tratamento medicamentoso quanto para o não medicamentoso.

No tratamento medicamentoso, o método direto de medida sérica dos

fármacos, embora seja o mais fidedigno, é o menos prático. Já os métodos indiretos são os mais utilizados, podem se basear em questionários de auto-relatos, como os de Morisky-Green de 4 itens ou o modificado de 8 itens, com perguntas sobre aspectos que denotam má adesão, ou por monitoramento eletrônico através de microchips ligados aos frascos dos medicamentos, por contagem manual de pílulas ou por registros de dispensação na farmácia. Para o tratamento não medicamentoso (alimentação e atividades físicas) também há questionários disponíveis (SANTOS *et al.*, 2013).

## 5.2 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento

Diante dos problemas identificados como causadores da má adesão e sua consequência negativa, os desfechos de morbimortalidade cardiovascular, faz-se necessário traçar estratégias que aumentem a aderência ao tratamento.

É fundamental que o hipertenso tenha conhecimento a respeito de seu processo de saúde-doença para aumentar a sua adesão e, por conseguinte, o controle da doença. O empoderamento leva a percepção e a conscientização do controle do próprio corpo, permitindo o autocuidado em saúde e estimula a mudança comportamental, melhorando a adesão ao tratamento. Dessa forma, as equipes de PSF devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o portador de HAS tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar o autocuidado (RIBEIRO, 2012).

Lopes (2008), citado em Cardoso (2011), define autocuidado como a “prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” O autocuidado é influenciado pelas habilidades, limitações, valores e regras do indivíduo (DUPAS, 1994 apud CARDOSO, 2011).

Segundo Ribeiro *et al.* (2012), a adesão está intimamente relacionada ao “reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis”.

Como a HAS é assintomática na maioria das vezes, sem modificar a prática das atividades da vida diária, isso pode interferir na realização do autocuidado. Dessa forma, é necessário que haja correta orientação sobre a hipertensão e as suas consequências se descontrolada (LOPES, 2008 apud CARDOSO, 2011).

Além disso, a participação da família é fundamental, pois as mudanças nos hábitos de vida muitas vezes exigem a transformação dos costumes de toda a família. Ela é o suporte social para motivar a mudança dos hábitos de vida (RIBEIRO, 2012).

Para esses autores, o vínculo é um princípio para o aumento da adesão ao

tratamento, pois induz confiança e corresponsabilização do paciente. Esse aspecto foi demonstrado naquele trabalho, por meio de visitas domiciliares, consideradas como espaço privilegiado para realizar orientações com a família, envolvendo todos no processo terapêutico. Assim, Ribeiro *et al.* sugerem a estratégia de adotar o cuidado domiciliar (*home care*), para ajudar no aumento da adesão terapêutica.

Carvalho *et al.* (2012) prezam pelo estabelecimento de relação confiável entre o usuário e os profissionais de saúde, com finalidade de melhorar a adesão, assim como desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, com a necessidade de fortalecer as ações da Atenção Básica.

O uso das tecnologias de grupos operativos pode contribuir para adesão ao tratamento, pois ajudam a complementar ações individuais, propiciando que os usuários compartilhem experiências, criem vínculo e sintam acolhidos pela equipe de saúde. Além disso, montar uma linha de cuidado, valorizando as individualidades também pode ser benéfico (GIROTTI *et al.*, 2013).

Outras estratégias também são sugeridas por Santos *et al.*, 2013: educação em saúde sobre o paciente (ensino didático), sobre o profissional de saúde (tutoriais), estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses), automonitoramento domiciliar da PA, uso das tecnologias da informação e comunicação (como o monitoramento eletrônico das doses dos medicamentos), maior interatividade nas relações entre médico-paciente e o uso da telessaúde para encurtar as distâncias dos especialistas.

A simplificação do regime terapêutico, por meio de número menor de tomadas, é a medida de maior impacto para aumentar a adesão, além de diminuir efeitos colaterais de uso de muitos medicamentos (CARDOSO, 2011).

O uso de linguagem simples, sem termos técnicos, adequados aos usuários, facilita o entendimento, assim como clareza nas receitas médicas, que devem ser legíveis (CARDOSO, 2011).

A abordagem multidisciplinar com nutricionistas, farmacêuticos, educador físico, e consultas com enfermagem são importantes. Os enfermeiros podem atender a pacientes hipertensos em consultas de enfermagem. Os farmacêuticos podem esclarecer sobre o uso adequado dos medicamentos, como número de tomadas

diárias, duração do tratamento e acondicionamento das drogas. Os nutricionistas podem estimular o consumo de alimentos adequados disponíveis à época do ano, informar sobre a medida correta do uso de sal, propor o consumo de alimentos cardioprotetores. Já o educador físico pode orientar sobre a forma correta de realização de atividades físicas, como caminhadas orientadas, que complementem a prescrição médica (CARDOSO, 2011).

Em se tratando de uma doença que na maioria das vezes é silenciosa, deve-se adotar medidas de rastreio da HAS na população considerada hígida, pois a HAS tratada no estágio inicial diminui o risco de haver lesão de órgãos-alvo. Além disso, esses pacientes, por estarem assintomáticos, têm maior chance de não adesão ao tratamento (GIORGI, 2006 apud CARDOSO, 2011).

Os pesquisadores Glynn *et al.* (2010) afirmam que as equipes de Saúde da Família devem organizar um sistema de acompanhamento regular e de revisão de seus pacientes hipertensos. Para eles, ainda, o auto-monitoramento dos níveis de PA e a utilização de lembretes podem ajudar no aumento da adesão por parte dos pacientes, porém exigem avaliação mais aprofundada.

Péres (2003), citado em Cardoso (2011), propõe ainda: a realização de processo educativo, que contemple o conhecimento das atitudes, pensamentos, crenças e práticas da população hipertensa adscrita, o incentivo a sua participação ativa no tratamento, ter adequada relação profissionais de saúde-paciente, realizando acolhimento, utilizando de escuta e fala acessíveis, buscar participação familiar e desenvolver os aspectos cognitivos e psicossociais da população assistida.

Através dessas estratégias mencionadas por vários autores, pretende-se que a equipe de Saúde do Acari desenvolva seus próprios projetos para solucionar o problema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Os problemas sugeridos pela equipe de saúde foram avaliados segundo o grau de urgência (de 0 a 5), relevância (alta, média ou baixa) e capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento), constituindo o primeiro passo do planejamento. A partir desses critérios, o problema: má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos hipertensos foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para ação, além de ser comum a todas as comunidades rurais (TAB. 1).

**Tabela 1 – Priorização dos Problemas enfrentados pelas comunidades adscritas no PSF do Acari (Segundo passo do Planejamento Estratégico Situacional)**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>Relevância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Ordem de prioridade</b>
Má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por hipertensos	alta	5	dentro	1º
Alcoolismo	alta	4	dentro	2º
Pouca procura de consultas para prevenir cânceres	alta	4	dentro	3º
Verminoses	alta	3	dentro	4º
Demanda por psicologia	alta	4	parcialmente dentro	5º
Tabagismo	média	3	dentro	6º
Demanda por atendimentos	média	3	dentro	7º
Demora em realizar exames	média	3	parcialmente dentro	8º
Demora para consultas especializadas	média	3	parcialmente dentro	9º
Idosos sem cuidadores	média	2	parcialmente dentro	10º
Acompanhamento a pacientes de outros municípios	baixa	1	parcialmente dentro	11º
Acessibilidade	baixa	2	fora	12º

Para abordar o problema escolhido, devem-se corrigir suas causas, mas para

isso, é preciso identificar aquelas que são as principais e que originam o problema, chamadas de nós críticos.

A própria equipe de saúde, com a participação da enfermeira, técnica em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e médico, após análise do problema, identificou os nós críticos relacionados com a má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos hipertensos, os quais foram:

- Desconhecimento sobre a doença (por ser assintomática e crônica).
- Hábitos e estilos de vida (não saudáveis, falta de autocuidado).
- Fatores psicossociais (negação da doença).
- Sistema de saúde (dificuldades no agendamento de consultas, acessibilidade ao PSF, falta de equipe multidisciplinar, com nutricionista, educador físico, psicólogo).
- Processo de trabalho da equipe de saúde (falta de um protocolo, relacionamento com a equipe de saúde, regime terapêutico).

Após a identificação dos nós críticos relacionados ao problema da má adesão ao tratamento dos hipertensos, a equipe de saúde do PSF do Acari construiu cinco operações que constituíram o projeto de intervenção:

- 1) **Educar é Saúde**
- 2) **Caminhada Rural**
- 3) **Horta Familiar e Comunitária**
- 4) **Ampliando a Equipe**
- 5) **Capacitando a Equipe**

Em relação ao primeiro nó crítico, o desconhecimento sobre a HAS, montou-se a operação intitulada **Educar é Saúde**, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos hipertensos sobre essa doença. Com o projeto espera-se que os pacientes conheçam os riscos do descontrole da HAS e que essa doença é silenciosa, assim, mesmo sem ter sintomas, se descontrolada implica em complicações importantes. Espera-se ainda que aumentem a participação nas reuniões dos grupos operativos.

Para a primeira operação, são necessários recursos, como salas para reuniões, ajuda financeira para obtenção dessas salas, o conhecimento e habilidades de comunicação, habilidades pedagógicas, além de buscar parcerias

como, por exemplo, a prefeitura.

O nó crítico hábitos e estilos de vida não saudáveis foi abordado por meio de duas operações: **Caminhada Rural e Horta Familiar e Comunitária**. A realização das caminhadas visa combater o sedentarismo que é fator de risco para HAS e que piora o seu controle. Assim, espera-se que aqueles pacientes que não tenham contraindicação a realizar caminhadas após avaliação médica, pratiquem pelo menos 3 vezes por semana caminhadas de meia hora (mínimo recomendado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Sociedade Brasileira, 2010). No entanto, para conseguir isso, é preciso a participação de profissional educador físico, obter recursos financeiros para seus honorários, organizar as caminhadas, ter parceria intersetorial, mobilização dos pacientes, além de conhecimento sobre o tema.

Já com a **Horta Familiar e Comunitária**, objetivou-se estimular a mudança dos hábitos alimentares, de forma que adquiram o hábito de consumir vegetais, legumes e hortaliças. Assim, os pacientes farão hortas no quintal de suas próprias casas. Também seriam feitas hortas maiores, comunitárias. Secundariamente, esse projeto pode até criar emprego e geração de renda com a venda dos produtos. Os recursos necessários para o projeto são: conseguir espaço para as hortas comunitárias, buscar conhecimento sobre o tema, realizar parceria intersetorial, com ajuda de técnico agrícola, parceria com associações comunitárias e prefeitura, mobilização dos pacientes, conseguir recursos para a compra de sementes.

A mudança de estilo de vida, com alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos também será abordada nos grupos operativos e em palestras nas escolas, após conseguir parceria com esse setor.

A operação **Ampliando a Equipe** foi idealizada para o nó crítico relacionado ao Sistema de Saúde, em que há falta de uma equipe multidisciplinar com nutricionista, educador físico e psicólogo, além das poucas vagas com atenção especializada e a dificuldade de agendar consultas. Assim, essa operação visa o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes, para um melhor controle e adesão ao tratamento.

Com a operação **Ampliando a Equipe**, espera-se também a contratação de nutricionista e psicólogo para o município, realizar parceria com educador físico, aumentar vagas para consultas especializadas por meio da efetivação do programa

existente de referência dos cardiologistas do Centro VivaVida, na cidade de Brasília de Minas-MG, que realiza de atendimentos a hipertensos e diabéticos com alto risco cardiovascular. A indicação de encaminhamento para estes últimos profissionais é a presença de estratificação de risco moderada ou alta para complicações cardiovasculares, no entanto, são poucas as vagas para o município.

Para tanto, organizar a agenda de atendimento e fluxograma para encaminhamentos, montar os projetos para contratar os novos profissionais e aumentar o número de consultas especializadas e obter recursos financeiros são indispensáveis para o sucesso desse projeto de intervenção.

Além da equipe multidisciplinar, também será aumentado o número de atendimentos dos pacientes portadores de HAS, realização de busca ativa dos faltantes e visitas domiciliares.

A última operação foi chamada de **Capacitando a Equipe** tendo por finalidade melhorar o processo de trabalho da equipe, capacitando-a para o atendimento aos hipertensos.

Um protocolo será montando, com base em protocolo existente da cidade de Diadema-SP (ORGANIZAÇÃO PAN-ANAMERICANA DA SAÚDE, 2010). Serão necessários recursos organizacionais, para montar fluxos de atendimento e encaminhamento; recursos cognitivos, em relação ao conhecimento e a informações sobre o tema, apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde (recurso político); e recursos financeiros, para aumentar a cota de exames para estratificação de risco dos hipertensos.

Os aspectos psicossociais que envolvem a HAS, e que podem influenciar na adesão ao tratamento, também foram considerados como um dos nós críticos. Porém, não foi construída uma operação específica para ele. Esse tema será trabalhado durante as reuniões de equipe e durante o atendimento aos pacientes com as tecnologias para abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade: visita domiciliar, consultas, acolhimento e grupos operativos.

Após a montagem das operações, discriminou-se os recursos críticos, aqueles que são indispensáveis para a execução das operações e que não estão disponíveis, assim a equipe deve criou estratégias para viabilizá-los.

Além desse passo, verificou-se a viabilidade do plano, identificando os atores

que controlam os recursos críticos, analisando sua motivação e traçando estratégias para motivá-los, como demonstrado abaixo (Quadros 1 a 5). O nono passo do PES consistiu na elaboração do plano operativo, elencando os responsáveis para o projeto e definindo os prazos (Quadros 6 a 10).

Para que as ações aconteçam é preciso realizar o último passo do método PES, a gestão do plano, no momento tático-operacional. Uma boa gestão do plano facilitará o seu sucesso.

**Quadro 1 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Educar é Saúde**

Recursos críticos		Político: parceria com prefeitura para obter salas Financeiro: recursos para obter as salas
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Prefeitura
	Motivação	Favorável
Ação estratégica		Apresentar o projeto

**Quadro 2 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Caminhada Rural**

Recursos críticos		Organizacional: buscar profissional educador físico Político: parceria intersetorial, mobilização dos pacientes Financeiro: honorários do educador físico
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Secretaria de Educação Prefeitura Secretaria municipal de Saúde
	Motivação	Secretaria de Educação: Indiferente Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde: favoráveis
Ação estratégica		Apresentar o projeto

**Quadro 3 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Horta Familiar e Comunitária**

Recursos críticos		Organizacional: conseguir espaço para as hortas comunitárias Político: parceria intersetorial (técnicos agrícolas), mobilização dos pacientes Financeiro: recursos para compra de sementes
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Prefeitura
	Motivação	Favorável
Ação estratégica		Apresentar o projeto Apoio das associações comunitárias

**Quadro 4 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Ampliando a Equipe**

Recursos críticos		Político: contratar novos profissionais, aumentar consultas especializadas. Apresentar o projeto Financeiro: recursos para contratação e para mais consultas especializadas
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Prefeitura Secretaria municipal de Saúde
	Motivação	Prefeitura: indiferente. Secretaria Municipal de Saúde: Favorável
Ação estratégica		Apresentar o projeto Reestruturar as Redes

**Quadro 5 – Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Capacitando a Equipe**

Recursos críticos		Financeiro: aumentar cota de exames para estratificação de risco dos HAS
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Prefeitura Secretaria municipal de Saúde
	Motivação	Favoráveis
Ação estratégica		Apresentar o projeto

**Quadro 6 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Educar é Saúde**

Resultados	Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os riscos do descontrole da HAS
Produtos	Hipertensos frequentando reuniões; Aumento da adesão ao tratamento
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Equipe de Saúde da Família
Prazo	Montar o projeto em 2 meses. Início em 4 meses.

**Quadro 7 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Caminhada Rural**

Resultados	Combater o sedentarismo
Produtos	Maioria dos pacientes hipertensos que não tenham contraindicação praticando caminhada orientada
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Equipe de Saúde da Família
Prazo	Montar o projeto em 3 meses. Início das atividades em 5 meses.

**Quadro 8 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Horta Familiar e Comunitária**

Resultados	Mudança dos hábitos alimentares
Produtos	Pacientes fazendo hortas em suas casas, além de hortas comunitárias. Secundariamente geração de emprego e renda
Ações estratégicas	Apresentar o projeto Apoio das associações comunitárias
Responsável	Equipe de Saúde da Família Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	Montar o projeto em 3 meses Apresentar o projeto em 4 meses. Início das atividades em 6 meses

**Quadro 9 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Ampliando a Equipe**

Resultados	Acompanhamento multidisciplinar
Produtos	Contratar nutricionista e psicólogo; Aumentar vagas para consultas especializadas; efetivar programa existente do Centro VivaVida.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto Reestruturar as Redes
Responsável	Equipe Saúde da Família Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	Montar o projeto em 3 meses Apresentar o projeto em 4 meses Início das modificações em 6 meses

**Quadro 10 – Elaboração do Plano Operativo: Operação Capacitando a Equipe**

Resultados	Equipe capacitada no atendimento
Produtos	Montar protocolo de atendimentos, capacitar a equipe
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Equipe de Saúde da Família da zona rural, em parceria com a equipe da zona urbana
Prazo	Montar o protocolo neste mês, por ora usar protocolo já existente. Implantação do protocolo nos próximos 2 meses

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão literária mostrou a importância de se conseguir o aumento da adesão ao tratamento, por meio de ações interdisciplinares e cuidados integrais, que considerem o indivíduo hipertenso e seu contexto social, econômico e cultural. Essas medidas reduzirão a morbimortalidade por complicações cardiovasculares e aumentarão a qualidade de vida.

Uma boa gestão do plano garantirá o seu sucesso. Assim, deve-se acompanhá-lo e avaliá-lo frequentemente. É fundamental que toda a equipe esteja envolvida e motivada a trabalhar, determinando coordenadores para cada projeto.

Deve-se então, efetuar monitoramento das ações dos planos com frequência regular, avaliando o que já foi feito, quais os motivos dos possíveis atrasos ou falhas. Estabelecer prazos e verificar, antes de terminados os prazos, se eles serão ou não cumpridos no tempo inicialmente proposto. Estar dispostos a reorganizar o planejamento, corrigindo possíveis erros e traçando novas metas de acordo com as necessidades, além de apresentar os resultados (mesmo os parciais) como forma de prestação de contas e até de incentivo a equipe.

A melhor forma de avaliar o projeto é se as ações estão conseguindo atingir os objetivos e se os usuários dos serviços de saúde estão satisfeitos com os resultados. Isso será feito com avaliação dos dados do SIAB, verificação do cartão de acompanhamento de pressão arterial dos pacientes e pela observação nos grupos operativos.

Diante do contexto das distâncias das localidades e assentamentos rurais, não foi possível a participação efetiva de informantes-chave e líderes comunitários, dessa forma, isso pode ser um fator que dificulte a análise situacional real das comunidades. Assim, os problemas foram elencados pelos ACS. Esses, no entanto, são bons representantes das comunidades e atores sociais envolvidos, então eles foram considerados no trabalho como os informantes-chave. Também não será possível efetuar a comparação e verificar se houve aumento em termos quantitativos da adesão, uma vez que não temos dados numéricos iniciais de quantos hipertensos não aderem ao tratamento, embora isso seja bastante visto por observação direta.

Esse trabalho possui o mérito de abordar uma doença muito prevalente, com conceitos embasados na literatura recente, na implantação de um bom protocolo e de uma melhor equipe capacitada para o trabalho.

## 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. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n.3, p. 255-60, 2012.

ARAÚJO, K.G. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo** – Município de Teófilo Otoni-MG. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni. 2010.

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

CARDOSO, G. N. **Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011.

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. 1885-92, 2012.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p1763-72, 2013.

GLYNN L.G. et. al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane database of Systematic Reviews**, v. 17, n. 3, mar., 2010.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Infográficos Cidades@Pintópolis – MG. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315057>. Acesso em 29 mar. 2013.

LEÃO e SILVA, L. O. et al. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 227-42, 2013.

LEWIS, L. M.; OGEDEGBE, C.; OGEDEGBE, G. Enhancing adherence of antihypertensive regimens in hypertensive African-Americans: current and future prospects. **Expert Review Cardiovascular Therapy**, v. 10, n. 11, p. 1375-80, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-ANAMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

RELATÓRIO Anual de Gestão, Pintópolis – MG, ano 2012. SARGUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em 29 mar. 2013.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 25, n.2, p. 271-82, mar./abr., 2012.

SALA de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 30 mar. 2013.

SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.11, n.1, p. 55-61, 2013.

SCOTTI, L. et al. Cost-effectiveness of enhancing adherence to therapy with blood pressure-lowering drugs in the setting of primary cardiovascular prevention. **Value Health**, v. 16, n .2, p. 318-24, 2013.

SILVA, D. P. **Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de Saúde da Família do município de Pintópolis – MG: uma proposta de intervenção.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto. 2011.

SISTEMA de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Informações em Saúde.** Consultado em: abr. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.