

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

**RAÍSSA SILVA VIEIRA**

**PLANO DE AÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**IPATINGA- MINAS GERAIS**

**2015**

**RAÍSSA SILVA VIEIRA**

**PLANO DE AÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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. Márcia Christina Caetano  
Romano

**IPATINGA- MINAS GERAIS**

**2015**

**RAÍSSA SILVA VIEIRA**

**PLANO DE AÇÃO PARA O AUMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca examinadora

Profª Drª Márcia Christina Caetano Romano- orientadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete –UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 29 de janeiro de 2015

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de elevada prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade senão adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada. Seu tratamento e controle representam desafios às autoridades governamentais e profissionais de saúde face às dificuldades econômicas, psicossociais, biológicas e culturais que envolvem seus portadores. A partir do diagnóstico situacional realizado no Programa de Saúde da Família (PSF) São José, no município de Ipaba/MG, foi evidenciada a dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos indivíduos portadores de HAS, problema de destaque referente à população adscrita deste PSF. Manter os pacientes sob terapêutica é necessário e desejável para que os benefícios auferidos com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso sejam obtidos. Elaborar um plano de ação com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de pacientes adscritos no PSF São José torna-se, portanto, o objetivo deste trabalho. Uma pesquisa bibliográfica foi efetuada, utilizando as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Espera-se, como resultado deste trabalho, a promoção de intervenções para alavancar a reversibilidade dessa condição atual, a fim de diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida da população, mantendo foco na promoção da saúde desses indivíduos.

**Descritores:** Hipertensão. Causalidade. Adesão à medicação.

## ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a disease of high prevalence and determinants of morbidity and mortality if not properly diagnosed and appropriately treated. Their treatment and control pose challenges to government authorities and health professionals in the face of economic, psychosocial, biological and cultural difficulties involving their carriers. From a situational diagnosis made in the Family Health Program ( FHP) São José, in the city of Ipaba / MG , was shown the difficulty of adherence to medication and non-medication of individuals with hypertension, prominent issue on the enrolled population this PSF . Keep patients on therapy is necessary and desirable for the benefits earned with drug and non-drug treatment are obtained. Develop an action plan in order to increase adherence to treatment of hypertension in patients ascribed the FHP São José becomes, therefore, the objective of this work. A literature search was performed using the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL) and official documents of the Ministry of Health. It is expected as a result of this work, the promotion interventions to leverage reversibility of this present condition, in order to reduce morbidity and mortality and improve people's quality of life, maintaining a focus on health promotion of these individuals.

**Descriptors:** Hypertension. Causality. Medication Adherence.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Ipaba está localizado no leste de Minas Gerais e faz parte do colar metropolitano da região do Vale do Aço, distando 248 km de Belo Horizonte e 22 km de Ipatinga. Divisa-se com Santana do Paraíso, Belo Oriente, Caratinga, Bugre e Iapu. Possui população estimada de 17.729 habitantes. No ano de 2010, apresentava Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,665 e densidade demográfica de 147,69 habitantes por quilômetro quadrado, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Na área da saúde, 99% dos usuários são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Encontra-se disponível no centro da cidade uma unidade de atendimento 24 horas durante a semana, além de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), com funcionamento no horário de 07:00 às 16:00 horas, de segunda a sexta, distribuídos nos bairros, distritos e povoados. A estrutura física das unidades é direcionada para cuidados da atenção primária e secundária somente, portanto, atendimentos de urgência e emergência são encaminhados para a cidade vizinha, em Ipatinga/MG, que é referência para média e alta complexidade. No total, quatro ambulâncias e um microonibus são disponibilizados para transporte da população que necessita de tratamento fora do domicílio (TFD).

O serviço de referência e contra referência é precário, não existe protocolo, o que dificulta a continuidade adequada da assistência. As patologias crônicas, como doenças cardiovasculares e complicações de diabetes e hipertensão arterial são observadas como a maior causa de morbimortalidade desta população.

No total, seis equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) são atuantes no município, sendo cinco delas responsáveis pela zona urbana (Bela Vista, São José, Vale Verde, Centro, Nossa Senhora das Graças) e uma responsável pela zona rural (Boachá). Ao todo, existem 120 servidores atuantes na assistência à saúde, com 100% de cobertura (FERREIRA, 2014). A cidade conta com duas farmácias populares, uma clínica privada e dois laboratórios conveniados com a prefeitura. É importante ressaltar que não há hospital no município.

A Unidade de Saúde da Família (USF) São José, onde atuo como aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF), ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), presta assistência a uma população adscrita de 3000 habitantes, sendo toda ela residente em área urbana. A área física

é composta por consultório médico, consultório odontológico, salas de atendimento da enfermagem e de atendimento multiprofissional, salas de reunião e de vacina, farmácia (que apesar do espaço físico, está temporariamente indisponível), sanitários, cozinha e recepção.

A unidade é equipada com recursos básicos, mas que muitas vezes são insuficientes ou inadequados. A equipe de Saúde é composta por médica, dentista, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, agentes comunitárias de saúde, recepcionista e auxiliar serviços gerais. Existem, também, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por ocasião do diagnóstico situacional realizado, foi possível observar a existência de aspectos da USF que podem ser melhorados. Dentre os problemas identificados, a equipe destacou como prioritária a elevada incidência de níveis pressóricos alterados entre os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apesar das orientações e prescrição medicamentosa adequadas. Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento da situação. Desse modo, o controle inadequado dos níveis pressóricos na população portadora de HAS foi o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção.

Foi evidenciado que as principais causas da manutenção de níveis pressóricos inadequados na população portadora de HAS, como também os principais fatores dificultadores são a não adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos, além do uso incorreto ou irregular das medicações e até mesmo a não utilização. Verificou-se também a dificuldade de seguir orientações nutricionais e de mudança no estilo de vida, a frágil adesão à prática regular de atividade física, o pouco conhecimento do paciente em relação à sua condição crônica, seus riscos e complicações. E ainda percebeu-se que os portadores de HAS desconhecem as sintomatologias associadas e sinais de alerta e demonstram ter pouca disposição para tratar ou controlar sua condição, mesmo com níveis inadequados de pressão arterial.

Como consequências do controle inadequado da pressão arterial (PA), destacam-se as urgências e emergências hipertensivas, internações freqüentes, complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular, como insuficiência cardíaca (IC), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência renal (IR), acidente



vascular encefálico (AVE), e até mesmo óbito. Tais implicações reforçam que a não adesão dos portadores de HAS ao tratamento promove o descontrole dos níveis pressóricos e, portanto, constitui-se em importante problema na USF São José.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada, pois é uma doença de elevada prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade se não adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada. Pode ocasionar grandes prejuízos à saúde pública, elevando o número de internações hospitalares e seqüelas relacionadas principalmente a acidentes cardiovasculares, como IAM e AVE que afetam diretamente a qualidade de vida da população. Destaca-se que essas implicações podem ser evitadas com acompanhamento e tratamento adequados, sendo imprescindível a adesão dos pacientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O tratamento para a HAS inclui a utilização de medicamentos, mudança de hábitos de vida e acompanhamento periódico na UBS. Portanto, a participação e a adesão do paciente são fundamentais para o sucesso da abordagem terapêutica (BRASIL, 2013).

De acordo com os dados obtidos através do diagnóstico situacional realizado no PSF São José, a dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso nos indivíduos portadores de HAS teve destaque entre os problemas prioritários referentes à população adscrita nessa ESF. Portanto, justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas no sentido de favorecer a adesão dos portadores de HAS ao tratamento adequado. Desse modo, há o potencial de melhorar o controle dos níveis pressóricos dos hipertensos e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessa população.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de pacientes adscritos no PSF São José, no município de Ipaba/MG.

## 4 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica, utilizando as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, causalidade, adesão à medicação.

Também para a construção do plano de ação, utilizou-se o Plano Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os passos percorridos foram:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

- j) Décimo passo: desenho o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos grandes e mais comuns problemas de saúde pública enfrentados pelas autoridades governamentais e profissionais de saúde e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Apesar da complexidade de seu controle, não é raro ter seu diagnóstico e tratamento negligenciados em razão de ser uma doença frequentemente assintomática, somando-se a baixa adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos, dificultando o seu controle (SILVA *et al.*, 2013).

No Brasil, a prevalência da HAS oscila entre 22% e 24% da população adulta e atinge cerca de 30 milhões de brasileiros, sendo que, destes, apenas 50% tem conhecimento da doença. No período de janeiro a abril de 2002 foram realizadas no país 8.327.235 medidas de pressão arterial em população alvo maior que 40 anos, das quais 30% apresentaram valor de PA elevada, sendo 21% mulheres e 15% homens (SANTOS *et al.*, 2005).

Trata-se de uma patologia multideterminada, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Pode ocasionar alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

O diagnóstico é dado quando o indivíduo, em pelo menos três ocasiões, apresenta valores de PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou de PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em medidas de consultório (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Estas três determinações são dispensáveis, porém, quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou quando há fortes evidências de lesões em órgãos alvo, condições que conferem o diagnóstico imediato e conseqüente tratamento já na primeira consulta (SANTOS *et al.*, 2005).

A decisão terapêutica para HAS deve ser baseada no risco cardiovascular de cada indivíduo, levando em consideração, além da determinação dos níveis pressóricos, a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e doença cardiovascular estabelecida. O controle deve abranger tratamentos não medicamentosos e medicamentosos. No caso do primeiro, envolve-se controle de

peso, estilo alimentar, redução do consumo de sal, atividade física, cessação do tabagismo e etilismo, controle do estresse psicossocial, além da abordagem de equipe multiprofissional e outros. O tratamento medicamentoso inclui drogas anti-hipertensivas em esquema de monoterapia ou terapêutica anti-hipertensiva combinada, de acordo com a necessidade individual de cada caso clínico. Destaca-se que o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Ressalta-se, no entanto, que a dificuldade de adesão ao tratamento é um sério problema entre hipertensos. Sabe-se que cerca de 50% das pessoas sabidamente hipertensas não fazem o tratamento, e dentre os hipertensos que fazem algum tratamento, apenas 55% controla adequadamente os níveis de pressão arterial (SANTOS *et al.*, 2005).

A dificuldade no controle dos níveis pressóricos está relacionada à inadequada adesão terapêutica, dependente de múltiplos fatores: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e habilidades e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas levam ao aumento da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a melhores índices de controle (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Destacam-se, dentre os determinantes da dificuldade de adesão ao tratamento, os fatores relacionados ao esquema medicamentoso (prescrição inadequada, custo); aos profissionais da saúde (rotatividade, preparo profissional deficiente) e aos serviços de saúde (burocracia, localização da unidade, insuficiência de recursos humanos e materiais, deficiência organizacional). O relacionamento profissional de saúde/paciente (comunicação inadequada, falta de clareza, desatenção, dificuldade de relacionamento), a gravidade da doença e a atitude do paciente frente à sua morbidade (desconhecimento das possíveis complicações, aderência ao tratamento prescrito, seguimento de orientações e recomendações sugeridas, mudança no estilo de vida e crenças individuais) também contribuem para dificultar a adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2013).

É relevante considerar também o conhecimento do hipertenso sobre sua doença. A possibilidade do comprometimento efetivo de um indivíduo no auto cuidado e, conseqüentemente, a chance de sucesso no tratamento, está diretamente

relacionada ao grau de conhecimento que detém sobre o seu problema, independente de sua idade ou risco.

Ressalta-se que é de fundamental importância a contribuição dos profissionais da atenção básica nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. É necessário manter em foco o princípio fundamental da prática do cuidado centrada na pessoa, envolvendo, em nível individual e coletivo, usuários e cuidadores na definição e implementação de estratégias de controle da hipertensão (BRASIL, 2013).

Foi sugerido em metanálise que a melhoria da adesão ao tratamento diminui a mortalidade, consultas de emergência e internações, além de reduzir custos médicos e promover o bem-estar dos pacientes (SIMPSON *et al.*, 2006). Outro estudo também identificou que a otimização da adesão ao tratamento e controle da PA pode ser alcançada através de uma abordagem integral promovida pelo acesso ao usuário hipertenso aos serviços de saúde com impacto positivo na redução da morbimortalidade e consequente melhora na qualidade de vida. (MEDEIROS *et al.*, 2014).

É notável, portanto, a íntima relação entre resultados desejáveis e as várias dimensões do cuidado, como acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e à maneira que estes aderem à terapêutica proposta.



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

O plano de ação foi constituído juntamente com a equipe de saúde que considerou a proposta factível. A fim de intervir para a melhoria da adesão do portador de HAS ao tratamento e de acordo com a troca de experiências vivenciadas junto aos profissionais da equipe no âmbito da saúde, algumas estratégias foram propostas, sendo:

- Instituição de consultas programadas com intervalos regulares de acompanhamento;
- Elaboração de cartazes e folhetos explicativos sobre o tema, de forma simples e compreensiva, com exposição dos mesmos em área de fácil acesso e boa visibilidade;
- Ênfase no grupo operativo Hipertensão e estímulo à participação assídua dos inscritos;
- Abordagem facilitada dos profissionais da saúde na interpretação da posologia das medicações com o uso de desenhos simples que possam representar o horário da tomada do medicamento - como a figura do sol e da lua, por exemplo;
- Formação de grupos para realização de atividades físicas semanais em conjunto, com dias e horários agendados conforme a disponibilidade dos participantes.

### **6.1 Instituição de consultas programadas com intervalos regulares de acompanhamento**

#### **6.1.1 Plano de Ação**

A enfermeira deverá realizar consultas mensais aos portadores de HAS, mediante agendamento programado, e suceder encaminhamento à consulta médica mensal aqueles pacientes de difícil controle e/ou com lesão de órgão alvo já estabelecida e à consulta médica trimestral os demais. As consultas devem promover verificação da pressão arterial, manutenção da medicação para pacientes sob controle, solicitação de exames necessários, instrução e aconselhamento sobre tratamento farmacológico e não farmacológico.

### **6.1.2 Recursos necessários**

Estrutura física (UBS), disponibilidade de realização de exames pela prefeitura municipal, disponibilidade na agenda médica e de enfermagem.

### **6.1.3 Responsáveis**

Médica, enfermeira e agentes comunitários de saúde.

### **6.1.4 Prazo de Execução**

As consultas programadas serão agendadas a partir de Fevereiro de 2015.

### **6.1.5 Resultados esperados**

Melhoria da relação médico-paciente, troca de conhecimentos sobre a doença entre profissionais-paciente, esclarecimento de dúvidas, rastreamento e diagnóstico precoce/prevenção de possíveis complicações.

## **6.2 Elaboração de cartazes e folhetos explicativos sobre o tema, de forma simples e compreensiva, com exposição dos mesmos em área de fácil acesso e boa visibilidade**

### **6.2.1 Plano de Ação**

Serão elaborados cartazes e folhetos contendo informações simples e objetivas, por meio de gravuras e escrita de fácil entendimento, sobre o que é a HAS, por que ela acontece, fatores de risco, complicações, prevenção e tratamento. Esses materiais serão afixados na recepção e corredores da unidade de saúde e distribuídos para os pacientes.

### **6.2.2 Recursos necessários**

Insumos em geral (papéis, tesoura, cola), impressos, computador.

### **6.2.3 Responsáveis**

A montagem da parte didática do material deverá ser realizado a partir dos conhecimentos da enfermeira. Técnica de enfermagem e ACS prestarão auxílio na realização dos impressos, fixação e distribuição do mesmo. A prefeitura municipal e secretaria de saúde deverão disponibilizar os insumos necessários.

### **6.2.4 Prazo de Execução**

Todo material didático deve estar pronto em Março de 2015.

### **6.2.5 Resultados esperados**

Espera-se difundir o conhecimento de forma clara e de fácil entendimento a todos os usuários da unidade de saúde, abrangendo até mesmo os não portadores de HAS.

### **6.3 Ênfase no funcionamento adequado do grupo operativo Hiperdia e estímulo à participação assídua dos inscritos**

#### **6.3.1 Plano de Ação**

O comparecimento às reuniões do Hiperdia será incentivado insistentemente através de busca ativa e sua importância deverá ser reforçada durante as próprias reuniões do grupo, consultas e demais atendimentos realizados pela equipe de saúde. As reuniões devem ser realizadas rigorosamente uma vez por semana, no máximo 20 pacientes por reunião, e devem ser agendadas e avisadas aos participantes com antecedência.

#### **6.3.2 Recursos necessários**

Disponibilidade dos ACS para realização de busca ativa, disponibilidade de estrutura, horário e profissionais (médico, enfermeiro) para manter o grupo operativo funcionando, disponibilização de exames e medicações, pela prefeitura, prescritos durante as reuniões.

#### **6.3.3 Responsáveis**

Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, prefeitura municipal.

#### **6.3.4 Prazo de Execução**

Este plano de ação deve ser iniciado de imediato.

#### **6.3.5 Resultados esperados**

Espera-se que se aprimore cada vez mais o programa Hiperdia e que haja maior adesão e assiduidade dos pacientes nele inscritos.

### **6.4 Abordagem facilitada dos profissionais da saúde na interpretação da posologia das medicações com o uso de desenhos simples que possam representar o horário da tomada do medicamento**

#### **6.4.1 Plano de Ação**

Serão utilizados desenhos simples, à mão, sobre as caixas das medicações e nas laterais das receitas médicas a fim de representar o horário da tomada das medicações. Os medicamentos prescritos para serem tomados pela manhã serão ilustrados por um sol, à noite pela lua e, quando próximo ao almoço, por um garfo.

#### **6.4.2 Recursos necessários**

Uma caneta e a interpretação correta da receita são os únicos recursos necessários para essa estratégia.

### **6.4.3 Responsáveis**

Médica e enfermeira serão as principais responsáveis na execução dos desenhos, que serão ofertados durante as consultas. O que não impede, também, que outros profissionais da área, como técnica de enfermagem, ACS, recepcionista, e até mesmo cuidadores com capacitação para interpretar adequadamente a receita médica, se disponham a praticar a ação no dia a dia de sua prática profissional ou pessoal.

### **6.4.4 Prazo de Execução**

Este plano de ação deverá ser introduzido imediatamente.

### **6.4.5 Resultados esperados**

Espera-se que os pacientes ou seus cuidadores compreendam e organizem melhor horário correto em que as medicações devem ser administradas.

## **6.5 Formação de grupos para realização de atividades físicas semanais em conjunto, com dias e horários agendados conforme a disponibilidade dos participantes**

### **6.5.1 Plano de Ação**

Serão formados grupos de 10 pessoas por horário para realização de caminhadas orientadas pela presença de um educador físico. A atividade terá duração de uma hora e ocorrerá duas vezes por semana pelas ruas do município.

### **6.5.2 Recursos necessários**

Disponibilidade de educador físico.

### **6.5.3 Responsáveis**

A secretaria de saúde deverá contratar um educador físico destinado à função proposta. Os ACS ficarão responsáveis pelo manejo dos pacientes em seus respectivos horários e o educador físico será responsável pela condução das atividades do princípio ao fim. A médica deverá avaliar a aptidão dos pacientes a prática de tal atividade.

### **6.5.4 Prazo de Execução**

As atividades deverão ser iniciadas em Março de 2015.

### **6.5.5 Resultados esperados**

Espera-se que haja aumento da adesão desses pacientes a prática de atividades físicas regulares.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou que, embora a HAS seja reconhecidamente uma patologia de elevada importância epidemiológica devido às altas prevalências ou pelas graves complicações que pode ocasionar, é complexo promover a adesão dos pacientes ao tratamento. Reafirma-se o fundamental papel da Atenção Primária em Saúde, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família, na responsabilidade de promover ações que visem favorecer a qualidade de vida dos portadores de hipertensão. Destaca-se sua missão, sobretudo na assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, trabalhando no processo de mudanças no estilo de vida das pessoas e atuando como agente de transformação, promovendo maior impacto na autonomia e adesão dos usuários às recomendações de saúde.

É de suma importância ressaltar que uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos hipertensos, não como um objeto, mas como sujeitos do processo. Pode-se entender que a adesão ao tratamento reflete potencialmente o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde. Por esse motivo, este trabalho serviu como instrumento de ampliação de conhecimento e de experiência no âmbito de nossa vivência profissional e na equipe de saúde da USF São José, no que tange à abordagem do hipertenso.

Em síntese, espera-se com a implementação deste trabalho, a reversibilidade da condição atual por meio de maior adesão do hipertenso ao tratamento. A expectativa é a de diminuir ou evitar o surgimento e a progressão de complicações oriundas do controle inadequado da HAS, reduzindo o número de internações hospitalares devido a esses agravos e provocando decréscimo na estatística de morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Desse modo, espera-se a melhoria da qualidade de vida dessa população e o aprimoramento da organização da rede assistencial básica, a fim de que as necessidades de saúde apresentadas pelos hipertensos nunca deixem de ser percebidas e adequadamente correspondidas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313115&search=mi nas-gerais|ipaba>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Acesso em: 19 ago. 2014.

FERREIRA, 2014. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde de Ipaba.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 07 jan. 2015.

MEDEIROS, A. R. C.; Araújo, Y. B.; Vianna, R. P. T.; Moraes, R. M.; (2014) Modelo de Suporte à Decisão Aplicado à Identificação de Indivíduos não Aderentes ao Tratamento Anti-hipertensivo. **Saúde em Debate**, v. 38, n.100, p.104-118. Acesso em: 15 jan. 2015.

SANTOS, Z.M.S.A; Frota, M.A; Cruz, D.M; Holanda, S.D.O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto - enferm.** 2005, vol.14, n.3, pp. 332-340. Disponível em: <[file:///C:/Users/lrade/Downloads/ades%C3%A3o%20hipertesno%20interdisciplinar.p df](file:///C:/Users/lrade/Downloads/ades%C3%A3o%20hipertesno%20interdisciplinar.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2015.

SILVA, Christiana Souto; Paes, Neir Antunes; Figueiredo, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; Cardoso, Maria Aparecida Alves; Silva, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; Araujo, Juliana Sousa Soares de. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2013, vol.47, n.3 ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 07 jan. 2015.

SIMPSON, S. H. et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **British Medical Journal**, London, v. 333, n. 7557, p.15–19, 21 01 July 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Rev Bras Hipertens**. v.17, n.1, p. 7-10, 2010.