

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

LETÍCIA LOPES RAMOS

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA ESTRATÉGIA**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2014

LETÍCIA LOPES RAMOS

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria José Moraes Antunes

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2014

LETÍCIA LOPES RAMOS

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Maria José Moraes Antunes

Banca Examinadora:

Prof<sup>ª</sup> Maria José Moraes Antunes (orientadora)

Prof<sup>ª</sup> Anézia Moreira Faria Madeira (examinador)

Aprovada em Belo Horizonte, 03 Maio de 2014

A Deus, fonte maior de luz e alegria, aos meus queridos pais, que me ensinaram que tudo é possível, desde que sejamos honestos e íntegros; que sonhar e concretizar os sonhos só depende da nossa vontade.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela presença constante em minha vida, pelo auxílio nas minhas escolhas.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, carinho e companheirismo de sempre.

Aos familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado, incentivando-me, em todos os momentos que mais precisei, sempre com muito amor.

A todos os professores, pelos importantes ensinamentos tanto científicos, quanto pessoais.

Enfim, a todos que de alguma maneira contribuíram para a execução deste trabalho, seja pela ajuda constante, ou por uma palavra de amizade.

Muito obrigada!

*“A Ciência pode impor limites ao conhecimento,  
mas não deve impor limites à imaginação”.*

Bertrand Russell

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso da ESF de Sobrália, Minas Gerais. Realizou-se uma busca manual em livros e em artigos disponíveis nas bases de dados da saúde, publicados entre os anos de 1991 a 2012. A hipertensão arterial é reconhecidamente um sério problema de Saúde Pública, em especial para a Atenção Básica. Um dos grandes desafios para os especialistas da área da saúde são os baixos índices de controle. Vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, que incluem a falta de acesso aos medicamentos devido ao desabastecimento ou às perdas de medicamentos; comuns no sistema público, variáveis sociodemográficas; conhecimento e crenças do paciente sobre a patologia; apoio familiar e social; grande número de medicamentos prescritos ao paciente; falta de orientação e aceitação; prescrição inadequada do medicamento e relação do paciente com os profissionais de saúde. Constatou-se que se faz necessário acolher e tratar melhor os usuários, manter a população mais informada quanto aos riscos da hipertensão arterial, incentivar a prática de exercícios, diminuir a proporção de idosos residindo sozinhos. O trabalho apresenta uma proposta de intervenção, centralizada em 4 projetos: “Cuidar Melhor”; “Saber Mais”; “Mais Saúde”; “Viver Melhor”. Espera-se que esta proposta contribua para que estas estratégias de intervenção que foram elaboradas sejam bem-sucedidas e contribuam para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso na atenção básica.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Uso de Medicamentos. Saúde do Idoso. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study aimed to develop a proposal for intervention to improve adherence to drug treatment of elderly hypertensive patients FHS Sobrália of Minas Gerais. We conducted a manual search in books and articles available in the databases of health, published between 1991-2012. Hypertension is recognized as a serious public health problem, particularly for primary care. A major challenge for specialists in the field of health are low levels of control. Several factors contribute to non-adherence to hypertension treatment, including lack of access to medicines due to shortages or loss of drugs; common in the public system, sociodemographic variables, knowledge and beliefs about the pathology of the patient, family support and social, large number of prescription drugs to the patient, lack of guidance and acceptance; inappropriate prescribing of medication and the patient's relationship with health professionals. It was noted that it is necessary to accept and treat users, keep people more informed about the risks of high blood pressure, encourage exercise, reduce the proportion of elderly living alone. The paper presents a proposal for intervention, centered on 4 projects: "Best Care", "Learn More", "More Health"; "Living Better". It is expected that this proposal was contributing to these intervention strategies have been prepared to be successful and contribute to improving adherence to drug treatment of elderly hypertensive patients in primary care.

**Keywords:** Hypertension. Drug Use. Health of the Elderly. Family Health Strategy.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Diagnóstico situacional.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Objetivo.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Metodologia.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.1 Critérios de inclusão.....</b>	<b>13</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 A Hipertensão Arterial.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Os fatores que interferem na adesão ao tratamento.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 A Estratégia Saúde da Família e a prevenção da hipertensão arterial.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 A contribuição do profissional da saúde para a adesão do paciente ao tratamento e controle da hipertensão.....</b>	<b>26</b>
<b>3 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão é definida, de modo convencional, como uma pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg; essa definição serve para caracterizar um grupo de pacientes que correm risco de doenças cardiovasculares relacionada com a hipertensão alta o suficiente para merecer atenção médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A estimativa é de um número bastante elevado de pessoas adultas com hipertensão arterial em tratamento nas instituições de saúde brasileiras, com uma taxa de prevalência variando entre 22,3% a 43,9% (LÓLIO, 2006).

Em torno de 20% da população adulta desenvolve hipertensão arterial (HA), mais de 90% sem causa identificável (hipertensão primária) que se desencadeia devido a histórico familiar, estresse, obesidade, ingestão de sódio e gorduras saturadas, uso excessivo de cafeína, álcool ou tabaco, dentre outros. Já o termo hipertensão arterial secundária é utilizado para significar a pressão arterial alta a partir da causa identificada que leva a complicações. Em homens e em negros, a hipertensão arterial é mais elevada (PAIVA; SANABRIA, 2008).

De acordo com Cunha *et al.* (2012), a HA é uma doença considerada um grave problema de saúde pública, estimando-se que esta atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros, sendo que por serem muitas vezes assintomáticos, mais de 50% destes não sabem que são hipertensos.

Com o avanço da idade, o risco de desenvolver hipertensão arterial aumenta e, neste sentido, conforme Cunha *et al.* (2012), esta doença crônica caracteriza-se como a mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% tanto em países desenvolvidos, assim como na América Latina e Caribe.

Dourado *et al.* (2011) esclareceram que para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no entanto para que haja êxito terapêutico, o principal desafio é a adesão do paciente ao tratamento.

Naves (2002) ressaltou que a adesão ocorre somente quando o paciente tem a percepção dos benefícios e resultados positivos, tornando-se suficientemente motivado a aderi-lo. Sugere, assim, que o doente assuma participação em seu tratamento como agente, em contraposição a paciente, termo este associado à ideia de passividade (NAVES, 2002).

De outra forma, Castro e Car (2000) esclareceram que a não adesão refere-se a um comportamento não coincidente com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Assim, existem várias formas do paciente não aderir ao tratamento como o não comparecimento às consultas médicas e o não seguimento das mudanças no estilo de vida recomendado. Quando o tratamento é mais complexo e mais longo, a baixa adesão torna-se mais frequente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua. Pode oferecer grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial, por meio de medidas regulares da pressão arterial, além de prevenir e controlar outras doenças crônicas. O acesso dos profissionais de saúde às famílias de hipertensos, por meio do incentivo tanto dos portadores da doença como de seus familiares favorece a adoção de hábitos de vida saudáveis para controle da HA, corrigindo e evitando maiores complicações (MANO; PIERIN, 2005).

Portanto, promover adesão ao tratamento da hipertensão arterial, por meio de estratégias que elevem o controle da doença traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção, reduzindo assim as complicações decorrentes do controle inadequado da HA como: o número de acidente vascular encefálico, a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária (MANO; PIERIN, 2005).

Segundo Cunha *et al.* (2012), a falta de adesão ao tratamento medicamentoso pelo paciente idoso hipertenso pode ser minimizado por meio de ações na atenção básica, contribuindo com a diminuição da taxa de morbimortalidade e os custos do Sistema Único de Saúde.

### **1.1 Diagnóstico situacional**

O município de Sobrália dista 324 km de Belo Horizonte. Pertence à macroregião de saúde Leste, microregião de Governador Valadares. Tem uma população de 4.868 habitantes; distribuídas em 1138 famílias cadastradas em Julho de 2013 (SIAB, 2014).

Durante o diagnóstico situacional, que foi possibilitado pela disciplina Módulo de Planejamento, do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG realizado com a equipe da ESF, na unidade de Saúde Alexandre de Andrade-

PSF do município de Sobrália, Minas Gerais, percebeu-se como principais situações que dificultavam o desenvolvimento de um bom trabalho:

- a) Ausência de ações voltadas para o controle e prevenção de complicações das doenças crônicas degenerativas, especialmente a hipertensão arterial;
- b) A falta de capacitação para realizar um acolhimento digno dos usuários, principalmente na parte da recepção;
- c) Dificuldade dos profissionais em acolher o paciente e esclarecer sobre suas dúvidas;
- d) A triagem é outra dificuldade enfrentada na unidade, pois esta não é realizada, dificultando o bom andamento e ocasionando certa lotação na unidade de saúde;
- e) A grande maioria dos pacientes hipertensos está na faixa etária superior a 60 anos; são semianalfabetos ou analfabetos, residem sozinhos, fazem uso de chás em detrimento de medicamentos, o que contribui para a não adesão ao tratamento farmacológico com anti-hipertensivos.

Desta maneira, o tema então escolhido para a realização deste plano de intervenção é a baixa adesão ao tratamento medicamentoso de idosos, pois nota-se que por ser a hipertensão arterial uma doença silenciosa, que pode trazer graves consequências para a saúde desta população como o aumento do risco cardiovascular, podendo ocasionar Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre outros.

As causas consideradas mais importantes que resultaram no nó crítico que é a não adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos hipertensos são:

- a) Falha no acolhimento e tratamento dos usuários;
- b) Dificuldade de acesso às informações sobre os riscos da hipertensão;
- c) Hábitos de vida pouco saudáveis;
- d) Falha na integração e na relação interpessoal dos idosos.

Neste sentido, acredito que um plano de intervenção voltado para melhoria da adesão ao tratamento antihipertensivo por idosos pode auxiliar os profissionais da ESF na condução de suas ações com esses usuários.

## **1.2 Objetivo**

Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso da ESF, por meio de um plano de intervenção.

### **1.3 Metodologia**

Realizou-se uma busca manual em livros e em artigos disponíveis nas bases de dados da saúde como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), e Google Acadêmico, publicados entre os anos de 1991 a 2014, em português e inglês, usando como descritores de busca: hipertensão arterial; uso de medicamentos; saúde do idoso; Estratégia Saúde da Família.

Após a realização da revisão da literatura e dos métodos do Planejamento Estratégico Situacional (SIAB, 2014) elaborou-se o plano de intervenção, a fim de desenvolver ações que possam diminuir a falta de adesão ao anti-hipertensivo entre os hipertensos idosos da ESF.

#### **1.3.1 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram os artigos em português que abordassem a respeito da temática deste estudo. Os artigos excluídos foram aqueles que durante a análise dos dados não discutiam a respeito da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso na atenção básica e na ESF. Após a busca foram identificados 06 livros e 44 artigos. No entanto, após leitura dos mesmos foram selecionados os 06 livros e 38 artigos.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Hipertensão Arterial

As doenças crônicas têm um impacto na qualidade de vida das pessoas. A hipertensão arterial muitas vezes não é detectada em curto prazo, o que pode trazer consequências graves ao paciente.

A hipertensão arterial depende essencialmente de duas variáveis hemodinâmicas: débito cardíaco (DC) e resistência vascular periférica (RVP), segundo a fórmula:  $HA = DC \times RVP$ . O débito cardíaco é função da frequência cardíaca e do volume sistólico; esse depende, entre outros fatores, do volume circulante e, portanto, da quantidade de sódio no organismo (GUYTON; HAU, 2002).

Até mesmo uma hipertensão leve (Pressão arterial 140/90 mmHg) em adultos, jovens ou de meia-idade aumenta o risco de danos eventuais aos órgãos-alvo. Os riscos necessitam urgência da instituição da terapia, danos a órgãos-alvo em qualquer nível de pressão arterial ou idade são maiores em pessoas negras e relativamente menores em mulheres pré-menopausa que em homens (KATZUNG, 2003).

Segundo Gusmão *et al.* (2009), há vários fatores de risco positivos que incluem o hábito de fumar, hiperlipidemia, diabetes, manifestações de danos a órgãos-alvo por ocasião de diagnóstico e uma história familiar de doença cardiovascular. A prevalência varia com a idade, a raça, a educação e muitas outras variáveis. Uma efetiva redução farmacológica da pressão arterial impede os danos aos vasos sanguíneos e diminui consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade.

O diagnóstico da hipertensão, conforme Katzung (2003) baseia-se em medidas repetidas e reproduzíveis de elevações de pressão arterial. O diagnóstico serve para prever as consequências do distúrbio para o paciente; raramente inclui um relato sobre a causa da hipertensão. O risco de lesão de órgãos-alvo em qualquer nível de pressão arterial ou idade é maior nos indivíduos negros e relativamente menores em mulheres pré-menopáusicas do que nos homens.

O diagnóstico de hipertensão depende da medida da pressão arterial, e não dos sintomas relatados pelo paciente. A hipertensão é habitualmente assintomática, até que a lesão de órgãos-alvo seja iminente ou já tenha ocorrido (KATZUNG, 2003).

Segundo a VI Diretriz Brasileira Hipertensão Arterial (2010), devem ser realizadas no mínimo duas medidas da pressão por consulta, na posição sentada, e se as

diastólicas apresentarem diferentes acima de 5 mmHg, fazer novas medidas até se obter menor diferença. Na primeira avaliação, as medições devem ser obtidas em ambos os membros superiores. Em caso de diferenças, utilizar sempre o braço de maior pressão. Recomenda-se que as medições sejam repetidas em pelo menos duas ou mais visitas antes de confirmar o diagnóstico de hipertensão.

A medida da pressão arterial na posição ortostática deve ser feita, pelo menos, na avaliação inicial, especialmente em idosos, diabéticos, portadores de disautonomias, dependentes do álcool e usuários de medicamentos antihipertensiva. Qualquer atribuição de valor numérico é arbitrária e qualquer classificação insuficiente. Considerar, além dos níveis de pressão, a presença de fatores de risco, comorbidades e lesão de órgãos-alvo (KATZUNG, 2003).

O objetivo da avaliação clínica do paciente portador de hipertensão, conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), é basicamente a detecção da elevada persistência da pressão arterial, avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão.

Portanto, é necessário realizar a história clínica do paciente, considerando, além do habitual, sexo, idade, raça, condição sócio-econômica, tabagismo, duração da hipertensão e nível de pressão arterial, sobrepeso e obesidade, sintomas de doença arterial coronária, acidente vascular cerebral na família (ou mulheres < 65 anos e homens < 55 anos), sintomas e sinais de insuficiência cardíaca, história familiar e hipertensão, doença vascular encefálica, morte prematura/ súbita em familiares próximos, insuficiência vascular periférica, depressão, ansiedade, pânico, doença renal, situação familiar, diabetes mellito, ingestão de sal e álcool, consumo de medicamentos ou drogas que possam interferir com a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 9).

Portanto, segundo Gusmão *et al.* (2009), é importante ter em mente que o objetivo do seguimento do paciente hipertenso é impedir um aumento do risco de redução da expectativa de vida ou de doença de potencial mórbido elevado.

## **2 2 Os fatores que interferem na adesão ao tratamento**

Apesar da disponibilidade de diversas terapias efetivas para o tratamento da hipertensão arterial, esta permanece sendo uma enfermidade pouco controlada. Este fato é confirmado pelo dado de que somente um terço dos pacientes tratados tem sua pressão

arterial adequadamente controlada. A baixa adesão à terapia constitui o maior desafio terapêutico, contribui para a falta do controle adequado da pressão arterial e é o principal motivo do fracasso no controle da hipertensão naqueles que utilizam medicamentos (ALMEIDA NETO *et al.*, 2006).

Várias estratégias podem aumentar significativamente a adesão. A escolha e a aplicação de uma estratégia específica dependem das características dos pacientes e do serviço de saúde. A identificação dos fatores que determinam a não-adesão ao tratamento é de vital importância para a aplicação de estratégias terapêuticas e obtenção de resultados satisfatórios (ALMEIDA NETO *et al.*, 2006).

Portanto, parece lógico pensar que a adesão terapêutica em um contexto assistencial concreto requer também que se revelem, quantifiquem e corrijam previamente as causas relacionadas aos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Além da identificação dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, o controle comunitário da hipertensão arterial deve também motivar os pacientes na adesão ao tratamento. A frequente ineficácia das medidas de controle, por seu não cumprimento, supõe um motivo de frustração para o profissional que recomenda tais medidas, originando desmotivação. Influir eficazmente sobre a adesão é uma necessidade quando se deseja melhorar o perfil de risco da população (CONTRERAS *et al.*, 1998).

As recomendações para o controle da hipertensão consideram que o paciente tem responsabilidade por seu próprio tratamento e pelas modificações no estilo de vida. A adesão requer que o paciente seja ativo e colabore com os profissionais de saúde nos ajustes dos objetivos para o seu tratamento e na definição dos métodos pelos quais esses objetivos serão atingidos. Os pacientes devem mudar seu estilo de vida, obedecer aos horários das visitas e tomar os medicamentos que foram prescritos. Se o paciente desenvolver alguns dos sintomas causados pela hipertensão ou se sentir pior ele deve contatar um profissional de saúde. O resultado do tratamento deve ser avaliado e novos objetivos devem ser estabelecidos quando necessário. O tratamento deve ser uma parte da vida do paciente. Estudos recentes demonstram que a adesão é provavelmente mais precária em doenças que requerem mudanças no estilo de vida. A ausência de sintomas, que é comum na hipertensão, também é responsável pela redução na adesão. Pacientes assintomáticos não se sentem doentes e não veem razão para se tratar (ALMEIDA NETO *et al.*, 2006).



No estudo da não-adesão ao tratamento, é importante estabelecer a magnitude do problema e identificar os fatores a ele associados, para que estratégias de intervenção bem-sucedidas, voltadas para a melhoria da adesão, possam ser desenvolvidas (MOREIRA *et al.*, 2008).

Neste sentido, pode-se considerar alguns fatores de risco que influenciam negativamente a adesão. Araújo e Garcia (2006) citam as variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, grau de instrução, situação financeira e estado civil; variáveis relacionadas ao conhecimento e crenças do paciente sobre a patologia, e relacionadas ao apoio familiar e social, sendo que as modificações no estilo de vida, a vontade de conhecer os aspectos da doença e do tratamento, a experiência anterior com a doença, o entendimento que o paciente tem de sua condição de saúde, a motivação para seguir as recomendações, a assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas e o apoio familiar e social estão diretamente relacionados à sua independência e cooperação com o regime terapêutico. Perceber isso pode proporcionar aos profissionais da saúde a oportunidade de intervir precocemente e criar estratégias alternativas mais cedo.

Cánovas *et al.* (2001) destacaram vários modelos que sugerem que os fatores primários que influenciam a adesão ao tratamento são: 1) o estado da enfermidade (a percepção da ameaça trazida pela doença e a crença que a adesão ao tratamento irá reduzir esta ameaça); 2) o regime terapêutico (a percepção do paciente em relação à complexidade do esquema terapêutico, duração, segurança, conveniência e custo) e 3) a relação do paciente com os profissionais de saúde (a sensibilidade do paciente em relação à participação nas decisões terapêuticas). Podem-se acrescentar, nos países em desenvolvimento ou no Brasil, a dificuldade de acesso a medicamentos na rede pública e os altos custos na rede privada, que constituem barreiras para aquisição de medicamentos.

Os principais fatores que afetam a adesão estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Segundo Campos (2008), os pacientes precisam de informações, instruções e recomendações para que possam ter o tratamento e adquirir as habilidades necessárias para tomar os medicamentos apropriadamente. As orientações prestadas devem priorizar o uso racional dos medicamentos propostos no esquema terapêutico buscando-se

ressaltar cuidados com posologia, efeitos adversos e resultados esperados com a utilização adequadas dos medicamentos.

A adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia (YIANNAKOPOULOU *et al.*, 2005). Mion *et al.* (1995) verificaram em estudo realizado com 353 hipertensos que 56% tinham preferência por tratamento farmacológico, por via oral (84%), em comprimidos (60%). Fatores relacionados ao cuidador uma vez ao dia (81%) e pela manhã (65%), aspectos esses que devem ser considerados na prescrição do tratamento.

Sabe-se que um dos maiores problemas no tratamento da hipertensão arterial é a falta do alívio de sintomas relacionados ao tratamento medicamentoso, uma vez que o objetivo principal é, geralmente, a mudança na história natural da doença. Dessa maneira, a melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A escolha do primeiro esquema antihipertensivo influencia a adesão, como foi demonstrado por Monane *et al.* (1997), com melhor adesão para aqueles medicamentos com melhor perfil de efeitos colaterais.

Apesar da eficácia e especificidade cada vez maior das drogas, os efeitos colaterais continuam sendo um problema à adesão ao tratamento. Uma vez que os hipertensos são assintomáticos, os tratamentos que contribuem para a percepção do indivíduo de piora de qualidade de vida ou de sensação de mal-estar dificultam a adesão à terapia. Clarck (1991) comenta que os pacientes que recebem terapia com impacto negativo sobre sua qualidade de vida têm chance de 40 a 60% maior de abandonar o tratamento do que os pacientes cujo tratamento não tem impacto negativo.

O tratamento não farmacológico da hipertensão arterial, além de visar a redução da pressão arterial, também procura diminuir ou evitar o uso de outros agentes antihipertensivos, e adicionalmente influenciar favoravelmente na redução da morbi e mortalidades associadas à hipertensão arterial. Este tratamento deveria incluir medidas higiêno-dietéticas comportamentais, que sugerem em mudanças no estilo de vida individual. Todos os hipertensos e aos indivíduos pertencentes a grupos de maior risco cardiovascular deveriam aderir este tratamento, pois os motivos são:

[...] relação custo-benefício favorável; dificuldade de indicação de tratamento medicamentoso em certos indivíduos hipertensos; influência favorável sobre outros fatores de risco cardiovasculares e não somente hipertensão,

lembrando que os grandes fatores de risco para hipertensão são os mesmos que para coronariopatia que responde por 1/3 dos óbitos decorrentes de doenças cardiovasculares no país, para a qual a hipertensão arterial também é um fator de risco; viabilização da prevenção da hipertensão através de sua aplicação junto a grupos de risco; e possibilidade de aumentar a eficácia do tratamento farmacológico principalmente em relação à diminuição da mortalidade cardiovascular (SARQUIS *et al.*, 1998, p. 342).

Neste sentido, os mesmos autores apontaram como fator que interfere na adesão ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos, os seguintes aspectos:

[...] abandono do fumo, realização de atividade física, controle do peso, diminuição ou abandono do consumo de álcool, mudança de alimentação, controle da ansiedade/estresse, tratamentos alternativos (como meditação, yoga e técnicas de relaxamento) e baixo recurso como fator dificultador da adoção de novos comportamentos. Assim, o tratamento não-farmacológico seria composto de: redução do peso; diminuição da ingestão de sódio; diminuição ou abandono do consumo de álcool; e atividade física programada, que são medidas com maior eficácia terapêutica; enquanto que a descontinuação do tabagismo, controle de dislipidemia, controle do diabetes mellitus, evitar drogas que potencialmente elevem a pressão arterial e suplementação de potássio, cálcio e magnésio; dietas vegetarianas ricas em fibras, medidas antiestresse são medidas ainda em fase avaliativa (SARQUIS *et al.*, 1998, p. 343).

A falta de sintomas na hipertensão arterial dificulta a sua valorização. Sua cronicidade, ausência de sintomas, bem como as complicações tardias, pioram a adesão. Além disso, as comorbidades presentes e mais frequentes nessa população mais idosa acabam por dificultar algumas estratégias de tratamento (atividades aeróbicas com restrição de movimentos por osteoartrose, uso regular dos medicamentos com síndrome demencial – Alzheimer, vascular) (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas. É na relação médico-paciente que se inicia a conquista da adesão. Boa medicina e boa relação médico-paciente não são intercambiáveis, mas precisam coexistir (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento, além disso, o enfoque diferenciado da enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica. Os grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais (OMS, 2003).

Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com consequente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço e distância, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento (OMS, 2003).

É importante ressaltar que o tipo de atendimento que o paciente recebe acaba influenciando de forma decisiva na utilização ou não do medicamento (ZANINI *et al.*, 1985; FERRAES, 2001). O comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento: quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento e, assim, se sentir elemento ativo neste processo (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais (PIERIN *et al.*, 2004).

Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (PIERIN *et al.*, 2004; HO *et al.*, 2006a).

O conhecimento e as crenças dos pacientes sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente na adesão (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Em relação às características biossociais, Pierin *et al.* (2004), em estudo para avaliar o perfil e o conhecimento de hipertensos sobre a doença, mostraram que homens jovens e não brancos foram associados com desconhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto maiores níveis de pressão arterial se associaram com pacientes acima de 60 anos, não casados, obesos, de baixa escolaridade e baixa renda. Entretanto,

estudo de coorte realizado por Busnello *et al.* (2001) em Porto Alegre mostrou associação entre aumento da idade e maior probabilidade de seguimento.

Yiannakopoulou *et al.* (2005), citado por Gusmão *et al.* (2009), também verificaram que pessoas com menos de 60 anos, que moram em zona urbana e com melhor nível de escolaridade aderem melhor ao tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ho *et al.* (2006a), no que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso pós-infarto do miocárdio. Esses autores verificaram que os pacientes que menos aderiam ao tratamento tinham mais de 60 anos, não eram casados e tinham menor nível de escolaridade. Por outro lado, esses mesmos autores verificaram em estudo realizado com diabéticos que os pacientes que menos aderiram ao tratamento eram mais jovens e tinham menos comorbidades associadas quando comparados aos pacientes aderentes (HO *et al.*, 2006b).

Em relação à raça, Lessa e Fonseca (1997) detectaram diferenças de adesão ao tratamento entre negros (19,7%), pardos (33%) e brancos (53,6%).

Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, de acordo com Gusmão *et al.* (2009), alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar.

Para Ferraes (2001), mesmo que o diagnóstico e prescrição estejam corretos, a compliance ou adesão do paciente ao tratamento farmacológico depende não somente da orientação recebida e da aceitação, mas também da disponibilidade e da possibilidade de se adquirir o medicamento prescrito.

### **2.3 A Estratégia Saúde da Família e a prevenção da hipertensão arterial**

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos e, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela

capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela ESF, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2006).

O manejo da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. Assim, a ESF deve atuar de forma integrada, com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial (SILVA JÚNIOR, 2009).

A ESF se constitui em uma das estratégias mais eficientes para reverter o modelo de atenção à saúde ainda vigente no país. Este novo modelo tem como eixo orientador o atendimento integral, humanizado e de qualidade, somando-se à corresponsabilização entre equipes e comunidades no enfrentamento dos problemas e condicionantes da saúde (ASSIS *et al.*, 2003).

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos (PAIVA *et al.*, 2006).

Como a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. A formação de uma equipe multiprofissional é essencial para essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do tratamento antihipertensivo e do controle dos demais fatores de risco cardiovascular (ASSIS *et al.*, 2003).

Micheli e Bitarello (2008) destacam a evidente necessidade de uma atenção prioritária e contínua aos hipertensos, uma vez que os índices de letalidade existentes, devido aos agravos gerados, são de alta incidência. Esta atenção (acompanhamento) é realizada pelo enfermeiro e pela equipe de saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede de Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no nível primário, que tem como objetivo acompanhar o portador de pressão alta orientando e oferecendo informações pertinentes ao novo estilo de vida que a patologia exige.

De acordo com Ximenes Neto e Melo (2005) a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS - SUS (BRASIL, 2005) do Ministério da Saúde do Brasil, as ações de atuação estratégica da atenção primária em saúde para o controle da hipertensão são:

[...] Diagnóstico clínico dos casos; busca ativa dos casos através da medição da pressão arterial de usuários e por visita domiciliar; tratamento dos casos com um acompanhamento ambulatorial e domiciliar; diagnóstico precoce de complicações através de realização de exames laboratoriais; primeiros atendimentos de urgência às crises hipertensivas e outras complicações; medidas preventivas por ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo); e prevenção de complicações (Ximenes Neto e Melo, 2005, p. 3-4).

Segundo Assis *et al.* (2003), o trabalho da equipe multiprofissional fornece aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações antihipertensivas efetivas e permanentes.

A ESF coloca como prioridade na elaboração do projeto de implantação, que todos tenham acesso aos serviços de saúde a fim de se garantir o princípio de igualdade a todos os cidadãos, e isso se traduz na necessidade de expansão da rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais em municípios (PAIVA *et al.*, 2006).

As estratégias para a implementação de medidas preventivas da hipertensão arterial dependem da atuação de equipes interdisciplinares, adoção de políticas públicas, atividades comunitárias, organização e planejamento dos serviços de saúde. A abordagem da hipertensão por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e/ou comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotar mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento (SILVA JÚNIOR, 2009).

A acessibilidade aos serviços de saúde deve ser facilitada por permitir a apropriação de conhecimentos imprescindíveis para o controle e a prevenção das morbidades e para fundamentar as mudanças necessárias no estilo de vida. Para o

tratamento da hipertensão arterial, são imprescindíveis a vinculação do paciente às unidades de atendimento, a garantia do diagnóstico e o atendimento por profissionais atualizados, uma vez que seu diagnóstico e controle evitam complicações ou, ao menos, retardam a progressão das já existentes. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde promove maior adesão ao tratamento (PAIVA *et al.*, 2006).

Diante deste contexto, faz-se de extrema importância destacar o Programa HiperDia, que foi criado em 2002 pela Portaria nº. 371/GM, em 04 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com o objetivo de atacar a fundo o problema, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA; GUEDES, 2008).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) oferece aos cadastrados no Programa HiperDia a distribuição de medicamentos através do SUS. A administração é feita pelo Ministério da Saúde através das unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Através das informações passadas o Ministério da Saúde elabora estratégias de promoção de saúde a essa população inscrita no programa, evitando as doenças cardiovasculares, e oferece um acompanhamento que é realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) através da ESF (PAIVA *et al.*, 2006).

Araújo e Guimarães (2007), em um estudo com o objetivo de avaliar o impacto da implantação da ESF numa Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o controle da hipertensão arterial, e analisar o perfil de risco cardiovascular e socioeconômico desses pacientes, constataram que independentemente das influências que certas características demográficas possam exercer sobre o controle da hipertensão arterial, as equipes da ESF, instaladas em diferentes localidades do Brasil tem impacto significativo para a saúde pública.

Dentre as ações desenvolvidas pela ESF com o intuito de modificar os hábitos de vida de uma população, Silva Júnior (2009) destaca o grupo de hipertensos, definido para realização do relato de experiência, porque trata-se de uma enfermidade de alta prevalência. Percebe-se, que prevenir e tratar hipertensão envolve ensinamentos para introduzir mudanças nos hábitos de vida.

O programa de orientação pode ser considerado como a primeira, mas não exclusiva, etapa do processo educacional que visa mudança de comportamento, pois de



acordo com Sarquis *et al.* (1998), o compromisso do profissional de saúde vai, além do programa de orientação, abrangendo a avaliação das condições individuais, sociais e ambientais e adoção de estratégias que orientem o indivíduo a adotar um novo comportamento em relação à sua doença.

#### **2.4 A contribuição do profissional da saúde para a adesão do paciente ao tratamento e controle da hipertensão**

O profissional da saúde da ESF tem desenvolvido suas ações relacionadas com a prática da saúde, determinada pela totalidade social, pois de acordo com Almeida Neto *et al.* (2006), a razão de ser dos profissionais de saúde é contribuir para melhorar a saúde e o bem-estar da população, atendendo às suas necessidades de saúde. Para tanto, é necessário que estes conheçam o perfil dos pacientes que frequentam os serviços de saúde, a fim de traçar estratégias de ação para melhor atender a esta população. É preciso conhecer, portanto, sua origem, o ambiente em que vivem, a escolaridade, os hábitos de vida e os fatores de risco com o intuito de adequar o serviço oferecido às suas necessidades.

Pierin *et al.* (2004) esclarecem que a definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, no entanto, geralmente, refere-se ao grau de concordância entre a orientação recebida e a conduta do paciente. Dessa maneira, o grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento.

O uso seguro e apropriado dos medicamentos, constitui-se um aspecto importante para otimizar os resultados dos cuidados à saúde, e a adesão ao tratamento caracteriza-se como um determinante primário do sucesso das propostas terapêuticas (NAVES *et al.*, 2008).

Segundo Araújo e Garcia (2006), a adesão baseia-se na colaboração entre os profissionais de saúde e o paciente e ocorre quando o paciente assume as normas e conselhos dados pelos médicos e outros profissionais de saúde, quanto aos hábitos, estilo de vida ou tratamento farmacológico.

A ESF tem em seu funcionamento a atuação multidisciplinar, e pode-se ressaltar a atuação dos médicos e demais profissionais da saúde, como facilitadores à adesão do paciente ao tratamento e do controle da hipertensão, além de outras doenças crônicas (MANO; PIERIN, 2005).

Tal atribuição, conforme esclarece Micheli e Bitarello (2008), tem como objetivo detectar novos casos, além de educar, supervisionar e treinar a clientela assistida permitindo uma facilitação da adesão ao tratamento proposto, proporcionando também um controle da pressão arterial o que acarretará na diminuição de muitos agravos, através do controle dos níveis tensoriais da pressão arterial e quando controlados geram grandes impactos nos índices de incidência de agravos que tendem a diminuir.

Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento, conforme esclarecem Gusmão *et al.* (2009), é conscientizá-lo dos malefícios de uma crise hipertensiva (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar.

Gusmão *et al.* (2009) enfatizam que existem várias estratégias para conseguir aumentar a adesão, mas todas partem da boa relação cuidador-paciente, sendo necessário:

- a) convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial; b) esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios;
- c) detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa); d) escolher o medicamento não apenas com base na sua potência antihipertensiva, mas também, em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso; e) explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão; f) estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento; g) planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros); h) não esquecer que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão; i) a monitoração do tratamento quer seja com consultas mais frequentes no início do tratamento, também é boa estratégia (GUSMÃO *et al.*, 2009, p. 42).

Outra estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento, de acordo com Cappuccio *et al.* (2004), é o uso da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Os autores verificaram que os indivíduos submetidos a essa intervenção apresentaram aumento significativo no controle da hipertensão, com redução média de 4,2 mmHg e 2,4 mmHg nas pressões sistólica e diastólica, respectivamente. Isso pode

ser explicado, pois o efeito do tratamento de doenças crônicas como a hipertensão, a obesidade e o diabetes, pode ser grandemente amplificado com a automonitorização dos alvos terapêuticos pelo próprio paciente.

O fato de envolver o paciente no seu próprio cuidado, segundo Gusmão *et al.* (2009), como medir a pressão arterial em casa aumenta consideravelmente as oportunidades de adesão à terapia. Dessa maneira, percebe-se que os profissionais da ESF podem ser de grande importância para a minimização dos problemas relacionados à nãoadesão dos pacientes idosos ao tratamento da hipertensão arterial, melhorando assim a qualidade de vida desta população.

### 3 PLANO DE INTERVENÇÃO

As ações propostas para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, com o intuito de contribuir para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos hipertensos, encontra-se detalhada no quadro 1 a seguir:

**Quadro 1 – Propostas para o plano de intervenção**

<b>Operação/ Plano</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
“Cuidar Melhor”, com o objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde.	A equipe será capaz de oferecer melhor acolhimento e tratamento aos usuários.	Palestras e cursos de capacitação da equipe de saúde da família; Linha de cuidado e protocolo de atendimento implementado; Contratação de consultas especializadas.	Financeiros: possibilitando a contratação de consultas especializadas. Organizacional: organização da agenda. Cognitivo: elaboração de um grupo de planejamento eficaz. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
“Saber mais” com o objetivo de aumentar o nível intelectual e de informação dos usuários.	Os usuários tornar-se-ão mais bem informados quanto aos riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão.	Rodas de discussão e oficinas objetivando debater temas que envolvam a importância da adesão ao tratamento medicamentoso da HA;	Recursos Cognitivos: informação sobre os temas e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda para as oficinas. Financeiros: aquisição de panfletos, lanches etc. Político: liberação de auditório de escola e o salão da igreja para as oficinas.
“Mais Saúde” com o objetivo de melhorar os hábitos e qualidade de vida dos usuários.	Os usuários serão capazes de abandonar o sedentarismo adotando hábitos mais saudáveis, contribuindo para a melhoria de sua qualidade de vida.	Caminhadas orientadas; apoio nutricional.	Organizacionais: organização de encontros para caminhadas; cardápios balanceados; Cognitivo: conhecimento necessário por parte da equipe sobre o tema para a organização das caminhadas.
“Viver melhor” com o objetivo de estimular o convívio entre os idosos.	Diminuir a proporção de idosos residindo sozinhos.	Casa de Convivência dos Idosos	Financeiros: possibilitando a liberação de recursos e contratação de equipe. Organizacional: organização do projeto. Cognitivo: elaboração de um grupo para cuidados com os idosos hipertensos. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

No quadro 2 descreve-se os atores sociais, a equipe e os responsáveis.

**Quadro 2** - Atores sociais, equipe e responsáveis.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Prazo para execução</b>			<b>Responsáveis pelos gastos</b>
“Cuidar melhor”	Secretário Municipal de Saúde;	Municipal	Profissionais da ESF	da Médico e enfermeiro da ESF
“Saber mais”	Secretário Municipal de Saúde; Secretaria de Educação	Municipal	Profissionais da ESF	da Médico e enfermeiro da ESF
“Mais saúde”	Secretário Municipal de Saúde; Secretaria de educação.	Municipal	Profissionais da ESF	da Médico, enfermeiro e ACS da ESF.
“Viver melhor”	Secretário Municipal de Saúde; Secretaria de educação; Prefeito Municipal.	Municipal	Profissionais da ESF	da Médico, enfermeiro e ACS da ESF.

No quadro 3 descreve-se os prazos para o início da execução das operações e os responsáveis pelos gastos.

**Quadro 3** - Prazos para execução das operações e responsáveis pelos gastos.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Prazos</b>	<b>Responsáveis/ gastos</b>
“Cuidar melhor”	Quatro para início das atividades	Município
“Saber mais”	Dois meses para o início das atividades	Município
“Mais saúde”	Três meses para o início das atividades	Município
“Viver melhor”	Início das atividades Três meses	Município

Os gastos com o plano de intervenção serão de responsabilidade do Município.

Notou-se que dentre as limitações do plano de intervenção pode-se ressaltar a falta de realização de análise da situação de saúde dos hipertensos ou a programação de ações voltadas para seus portadores.

Serão realizadas reuniões periódicas, previamente agendadas, contando com a participação de toda a equipe da ESF, com o intuito de avaliar os resultados deste projeto de intervenção, além de analisar as facilidades e dificuldades para a realização das ações que foram propostas.

## 4 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial é reconhecidamente um sério problema de Saúde Pública, em especial para a Atenção Básica. Um dos grandes desafios para os especialistas da área da saúde são os baixos índices de controle. Dessa forma, destaca-se a importância do incentivo à adesão ao tratamento e controle da hipertensão, no grupo de pacientes que carecem de grande cuidado e que respondem de forma muito positiva.

Vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, que incluem a falta de acesso aos medicamentos devido ao desabastecimento ou às perdas de medicamentos; variáveis sociodemográficas; conhecimento e crenças do paciente sobre a patologia; apoio familiar e social; grande número de medicamentos prescritos ao paciente; falta de orientação e aceitação; prescrição inadequada do medicamento e relação do paciente com os profissionais de saúde.

Neste sentido, a ESF facilita a interação entre pacientes e equipe de saúde, que se inicia na porta de entrada da unidade estabelecendo assim fatores que propiciam melhor adesão e graus de controle clínico.

O trabalho do profissional médico, juntamente com uma equipe multidisciplinar pode contribuir para a adesão ao tratamento dos pacientes idosos hipertensos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes, reduzindo a morbimortalidade e prevenindo doenças e comorbidades.

É importante, ainda, lembrar que tais ações só terão êxito com a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, pois somente com reais modificações nos estilos de vida (introdução de hábitos de vida saudáveis, alimentação, exercícios físicos e/ou se necessário tratamento medicamentoso), as ações preventivas e de controle poderão vir a influenciar na incidência e na prevalência da hipertensão e consequente redução dos índices de desenvolvimento de agravos.

Conclui-se que os profissionais da saúde da família são de grande importância para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso, contribuindo para a redução dos gastos com internações hospitalares, prescrições de medicamentos adicionais, administração correta do medicamento, informações sobre os fatores de risco da doença; investigação eficiente do protocolo da doença; manejo do controle da hipertensão arterial, detecção e prevenção de eventos adversos, bem como na promoção da integração do serviço de saúde à equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Portanto, é essencial estimular a atuação de toda a equipe da ESF, quanto às intervenções seguras, efetivas e eficientes, com atenção especial ao cuidado com o paciente.

Diante deste contexto, espera-se que este plano de intervenção possa contribuir de forma significativa, para que estas estratégias sejam bem sucedidas e contribuam para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. O.; GUEDES, D. S. Perfil de pacientes idosos inscritos no programa Hiperdia na UBS II de abril no município de JI-Paraná/RO. **Ciência & Consciência**, v. 2, n. 1, p. 1, 2008.

ALMEIDA NETO, J. *et al.* **Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em Santa Bárbara de Goiás**. Secretaria de Saúde de Santa Bárbara de Goiás / GO Programa Hiperdia, 2006. Disponível em: <<http://www.unb.br>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.8, n.2, p.259-272, ago. 2006.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

ASSIS, F. O. *et al.* **Mutirão da hipertensão uma iniciativa pela vida**. Universidade José do Rosário Velano - UNIFENAS - Faculdade de Ciências Médicas, 2003. Disponível em: <<http://www.saudebrasilnet.com.br/039.pdf>> Acesso em: 18 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde-NOAS/SUS- 01/2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de organização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006**. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias)>. Acesso em: 05 mar. 2010.

BUSNELLO, R. G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 76, p. 349-56, 2001.

CAMPOS, L. Identificação dos problemas relacionados aos medicamentos em pessoas com hipertensão acompanhados em atenção farmacêutica. **16º Congresso de Iniciação Científica da Universidade Metodista de Piracicaba**: contexto da 6ª Mostra Acadêmica. Piracicaba, 30/09 a 02/10 de 2008. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net>>. Acesso em: 2 jan. 2014.

CÁNOVAS, J. J. G.; *et al.* Evaluación y mejora de la adhesión terapéutica en los pacientes hipertensos. **Atenção Primária Saúde**, v. 28, n. 9, p. 615-619, 2001.OK

CAPPUCCIO, F. P. *et al.* Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. **BMJ**. v. 329, p. 145, 2004.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

CLARCK, L. T. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. **American Heart Journal**, v. 121, n. 1, p. 664-9, 1991.

CONTRERAS, E. M. *et al.* Ensayo sobre la eficacia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. **Atenção Primária Saúde**. v. 21, n. 1, p. 199-204, 1998.

CUNHA, P. R. M. S. *et al.* Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v. 13, n. 3, p. 11-16, set./dez, 2012.

DOURADO, C. S.; COSTA, K, N. F, M.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, O. D, C, P.; SILVA JUNIOR, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

FERRAES, A. M. B. O profissional de farmácia: a busca de qualidade na atuação. In: REZENDE, L. (org.). **Tramando temas na educação**. Londrina: UEL, p. 9-28, 2001.

GUSMÃO, J. L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

GUYTON C; HAU, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.

HO, P. M. *et al.* Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. **Archive International Medicine**; v. 166, p. 1842-7, 2006a.

HO, P. M. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with Diabetes Mellitus. **Archive International Medicine**; v. 166, p. 1836-41, 2006b

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LESSA, I, FONSECA, J. Raça e aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 68, p. 443-9, 1997.

LÓLIO, C. A. Prevalência de hipertensão arterial em Araraquara. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 55, n. 3, p. 167-73, 2006.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.18, n.3, jul./set. 2005.

MICHELI, T.; BITARELLO, D. A. O enfermeiro, na atenção básica, ao lidar com hipertensão como fator de risco para insuficiência renal crônica. **Revista Iniciação Científica FFC**, v. 8, n.3, p. 329-337, 2008.

MION, D. J. *et al.* Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 17, p. 229-36, 1995.

MONANE, M. *et al.* The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance results from a population-based study in the elderly. **American Journal Hypertension**. v. 10, n. 7 (Pt 1), p. 697-704, 1997.

MOREIRA, L. B. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 30, n. 2, p. 113-9, 2008.

NAVES, J. O. S. **Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/far/latosensu/asstfarm/projetos/egpas4.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

NAVES, J. O. S. *et al.* Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de intervenção. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 577-586, mar, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. World Health Organization; 2003.

PAIVA, D. C. P. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

PAIVA, S. G.; SANABRIA, L. M. H. Hipertensão arterial, AVC: a importância do enfermeiro nos grupos operativos. **Revista Educação Meio Ambiente Saúde**, v. 3, n. 1, p. 189-196, 2008.

PIERIN, A. M. G. *et al.* O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: \_\_\_\_\_. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole; 2004.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 32, n.4, p. 335-53, dez. 1998.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Cadastramento Familiar - Minas Gerais, (2013) Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFmg.def>>. Acesso em: 21 jan 2014.

SILVA JÚNIOR, I. **Hipertensão arterial sistêmica na atenção básica** – um desafio para a saúde pública brasileira. (Monografia). Universidade Federal de Lavras, 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ciencias-artigos.html>> Acesso em: 13 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III 2010.

ZANINI, C. A. *et al.* Assistência farmacêutica. In: ZANINI, O. G. A. **Farmacologia aplicada: uso racional do medicamento**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1985.