

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

YULEIMY CABRERA HERNÁNDEZ

**REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

YULEIMY CABRERA HERNÁNDEZ

**REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Nadja Cristiane Lappann Botti

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2016

YULEIMY CABRERA HERNÁNDEZ

**REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - PLANO DE
INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Examinadora (UFSJ)

Divinópolis, 01 de Julho de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças de maior prevalência no mundo e a principal morbidade encontrada na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do Bairro Industrial do município de Juiz de Fora. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando aumentar o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados informatizadas com os descritores: hipertensão, adesão a medicação e atenção primária à saúde. Ressalta-se que a adesão ao tratamento não depende exclusivamente do paciente, mas dos familiares e do trabalho conjunto dos profissionais da Equipe da Estratégia Saúde da Família. A execução do plano de intervenção pode favorecer a melhoria do cuidado aos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão a medicação. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is one of the most prevalent diseases in the world and the main morbidity found within the coverage area population of Basic Health Unit. This project aims to develop an action plan to increase the knowledge of Hypertension and the adherence of antihypertensive treatment in the area covered by the Basic Health Unit. For the preparation of the action plan we used the Strategic Planning Method Situational. It was a literature search in computer databases with the key words: hypertension, adherence to medication and primary health care. It is emphasized that adherence to treatment depends not only on the patient but the family and the joint work of the professionals of the Family Health Strategy Team. The implementation of the action plan can facilitate the improvement of care to hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Adherence to medication. Primary health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo geral	11
3.2 Objetivos específicos	11
4 METODOLOGIA	12
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	16
6.1 Identificação e priorização dos problemas	16
6.2 Identificação dos nós críticos	16
6.3 Plano de ação	18
6.4 Avaliação e Monitoramento	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

O município Juiz de Fora encontra-se localizado ao sudeste de Belo Horizonte, capital do Estado Minas Gerais. A área do município é de 1 437 km², sendo que desse total 317,74 km² estão em perímetro urbano. É considerado o município mais extenso da Zona da Mata, apresentando densidade populacional de 359,59 habitantes por km². A cidade possui 200.720 domicílios, sendo que desse total, 142.168 são imóveis próprios (70,8%). A população total do município é de 516.247 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2013, em Juiz de Fora foi 0,778. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 5^o posição no ranking dos municípios mineiros. No município, a renda per capita média cresceu 72,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$607,97, em 1991, para R\$828,93, em 2000, e R\$1.050,88 em 2013. A taxa média anual de crescimento foi de 36,34% no primeiro período e 26,78% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,06% em 1991 para 2,31% em 2000 e para 0,88% em 2013. O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia fixa e telefonia celular. Cerca de 95,30% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 97,05% das moradias possuem coleta de lixo e 93,69% das residências tem escoadouro sanitário.

Atualmente, Juiz de Fora é um importante polo industrial, cultural e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juiz de Fora é a quarta cidade em população e a quinta maior economia do Estado e está entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos.

O atendimento hospitalar de média complexidade é propiciado por hospitais conveniados ao SUS, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Segundo informação da Subsecretaria de Regulação, a rede hospitalar

no município, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, possui um total de 2.564 leitos, sendo 1.872 leitos conveniados SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, UTI/Adulto e Neonatal, Hospital Dia/AIDS e outras especialidades. O município está pactuado com cerca de 135 municípios para atendimento hospitalar de média complexidade, que acessam a Central de Vagas do Município e Central de Marcação Macrorregional/MG, utilizando o Sistema SUS Fácil, que regula o acesso a internação. Cerca de 17 microrregiões de Saúde estão pactuadas com o município para o atendimento hospitalar de alta complexidade, uma vez que o município é referência macrorregional.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bairro Industrial situa-se na região norte de Juiz de Fora. O acesso a unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários. A unidade fica às margens da rodovia sendo, portanto de fácil acesso à maioria.

São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

A área de abrangência da UBS conta com o total de 1.090 famílias e 3.446 pessoas, sendo 43 menores de um ano, 173 entre um e quatro anos, 170 entre cinco e nove anos, 207 entre 10 e 14 anos, 219 entre 15 e 19 anos, 1.470 entre 20 e 49 anos, 491 entre 50 e 59 anos e 638 com mais de 60 anos.

Entre os recursos da comunidade encontram-se: posto de saúde, igreja católica, igreja protestante, creche, escola de nível fundamental. A maioria dos domicílios possui energia elétrica, água encanada e esgoto. Cerca de 94,05% das famílias na área de abrangência contam com filtração como tratamento de água no domicílio.

A UBS implementa a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento realizado diariamente por uma equipe multiprofissional composta por seis ACS, um profissional dos serviços gerais, uma técnica de enfermagem, duas enfermeiras, um médico, um dentista e um técnico em saúde bucal. A ESF funciona de 7:00 às 17:00h. Na unidade as consultas são agendadas previamente, como também a

equipe atende à demanda espontânea a partir de uma triagem onde é definida a conduta para cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e caso algum paciente que não possa ir até a unidade, por alguma condição incapacidade, ele recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista ou técnico em enfermagem. Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão diariamente, nas suas respectivas micro áreas, realizando um trabalho imprescindível de captação de doentes, cuidado com a saúde, educação para a saúde, orientação ao usuário etc., ou por outro profissional da ESF necessário de acordo com as necessidades do usuário. Na UBS, a coleta de exames é feita semanalmente a fim de facilitar a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

A unidade conta com boa estrutura física e tem área de recepção com assentos, sala de reunião, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltam alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de oxigênio e determinados medicamentos que acabam antes da renovação do estoque.

Na análise situacional foi definido pela ESF o problema da baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. Este problema foi escolhido por tratar-se, dentre os outros problemas, do que apresenta maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da família elencou o problema da baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) devido a seu forte impacto na comunidade observado pelo elevado número de pacientes com baixa adesão ao tratamento e também, pelo conhecimento desta situação como importante fator de risco das doenças cardiovasculares.

Além disso, avaliando as intervenções sobre este problema, a equipe concluiu que poderia ser resolvido com poucos recursos, como por exemplo o trabalho da equipe de saúde em atividades educativas de promoção e prevenção. Estas atividades podem ser orientadas a partir do conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle da doença, consequências da HAS não tratada e atividades de prevenção da doença além das complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando aumentar o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e seu tratamento na área de abrangência do Bairro Industrial, pertencente à UAPS de igual nome do município Juiz de Fora (Minas Gerais).

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de hipertensos em relação à idade, sexo, hábitos de vida, estado nutricional, antecedentes patológicos familiares e adesão ao tratamento;
- Programar uma atividade educativa para a população hipertensa;
- Avaliar o nível do conhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e seu tratamento após a atividade educativa.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi realizado pelo método de estimativa rápida, respeitando-se os princípios dessa estratégia como: coletar somente os dados pertinentes para o trabalho, obter informações que possam refletir as condições da realidade local e envolver a população na realização deste processo. Foram identificados os principais problemas da área e abrangência da equipe do Programa Saúde da Família utilizando os dados coletados dos registros escritos da unidade da ESF Bairro Industrial e de fontes secundárias, entrevista com informantes-chave da área de abrangência e observação ativa do território. Além disso, foram analisados dados do SIAB e do IBGE acerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a área de abrangência.

Foi também realizado levantamento bibliográfico de artigos científicos, livros e textos indexados sobre o tema. As bases de dados consultadas foram da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assim como as bases de dados do *Google Acadêmico*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca virtual em Saúde (BVS). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores: hipertensão, adesão a medicação e atenção primária à saúde.

Por último foi desenvolvido um Plano de Intervenção utilizando-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013; CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O desenvolvimento do Plano de Intervenção foi baseado na observação diária da unidade, discussão com a equipe de saúde e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e produzidos pela própria equipe da estratégia da saúde da família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para situações de complicação, sendo um dos principais fatores de morbimortalidade cardiovascular e cerebrovascular. A HAS é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo (BRASIL, 2007).

Os pacientes que são portadores de doenças crônicas apresentam menor índice de aderência ao tratamento proposto. Em países desenvolvidos a estimativa de pacientes que conseguem cumprir o tratamento é de 50% (DIAS *et al.*, 2011).

O controle adequado dos níveis pressóricos diminui o risco de lesões em órgãos-alvos, como fundo do olho, insuficiência renal, doença cerebrovascular, hipertrofia ventricular esquerda e aterosclerose periférica. Hoje o maior desafio para enfrentamento da HAS é a aderência ao tratamento anti-hipertensivo e o controle adequado, em larga escala, da hipertensão (MIRANDA; *et al.*, 2002).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, da Atenção Primária à Saúde, notadamente das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São metas prioritárias dos profissionais de saúde, a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS, pois são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares (BRASIL, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o tratamento não-medicamentoso pode controlar a hipertensão leve, quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com HAS moderada/grave. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial. Dificilmente pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, vão apresentar nível de pressão arterial controlado.

As mudanças no estilo de vida, embora de difícil implementação, devem ser sempre incentivadas. Entre elas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo. As modificações no estilo de vida compreendem: adoção de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso na faixa ideal, limite da ingestão de sódio ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6

g de cloreto de sódio contido nos alimentos naturais e manufacturados, aumento da ingestão de potássio contido em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos, redução, abandono ou controle do consumo diário de álcool, ingestão adequada de cálcio e magnésio, controle do nível de colesterol total sérico abaixo de 200 mg/dL, com LDL-colesterol abaixo de 130 mg/dL, interrupção do tabagismo e prática de exercícios físicos aeróbios (BRASIL, 2006).

A falta de adesão ao tratamento está relacionada a condições multifatoriais. Cada paciente deve ser avaliado levando em consideração idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Outros fatores também devem ser considerados tais como: mudanças de comportamento, disponibilidade financeira, tolerância a eventuais efeitos colaterais ao processo de adesão, assim como a qualidade do acesso e serviços ofertados pelas políticas de saúde vigente (SARQUIS *et al.*, 1998).

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos. Evidência científica encontrada em estudos isolados aponta controle de 20% a 40%, sendo crescente a taxa de abandono, considerado grau mais elevado de falta de adesão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A compreensão do processo de adesão está relacionada ao conhecimento dos fatores que influenciam a terapêutica do tratamento. Alguns pacientes apresentam dificuldades em relação ao uso prolongado de múltiplas drogas e a baixa efetividade do tratamento medicamentoso (o que acarreta troca contínua de medicamento). Da mesma forma, mudanças de estilo de vida, relacionadas principalmente a alimentação, constituem um desafio no tratamento não farmacológico, sendo uma dificuldade encontrada no tratamento da HAS (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Entre importantes estratégias para aumentar a adesão ao tratamento encontram-se (GUSMÃO *et al.*, 2009):

- 1 - Convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistólica isolada;

- 2 - Esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios;

3 - Detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível em relação aos horários e às medicações;

4 - Escolher o medicamento não apenas com base na sua eficácia anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faz uso;

5 - Explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, bronco espasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;

6 - Estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;

7 - Planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados;

8 - Lembrar que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;

9 - Monitorização do tratamento (consultas mais frequentes no início do tratamento, visitas domiciliares ou contato telefônico).

A educação para a saúde mostra resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, reduzindo complicações cardiovasculares através de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos. Por intermédio de programas de educação em saúde, os profissionais da estratégia da saúde da família poderão promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando a mudanças no estilo de vida e maior adesão ao tratamento anti-hipertensivo (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Abordagem de diferentes estratégias utilizadas por uma equipe multidisciplinar, como oficinas de educação em saúde e orientações realizadas em visitas domiciliares, favorece a adesão ao tratamento. As práticas educativas devem possibilitar informações necessárias ao tratamento medicamentosa, estimular a auto percepção da doença e o autocuidado. Nesse sentido, as orientações domiciliares e o trabalho educativo em grupo mostraram-se importantes estratégias de educação em saúde, efetivas para aumentar adesão às orientações dietéticas voltadas aos pacientes hipertensos (RIBEIRO; *et al.*, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e priorização dos problemas

A partir da coleta de informações foi possível a equipe de saúde identificar como principais problemas de saúde existentes na área de abrangência: alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, baixa adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos, alto índice de uso de álcool e drogas, alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos, alta incidência de parasitose intestinal, desconhecimento da população das doenças crônicas e suas complicações, baixa adesão aos projetos de atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças, presença de gravidez entre adolescentes e baixa condição socioeconômica.

6.2 Identificação dos nós críticos

Na Equipe de Saúde da Família foram identificados os seguintes nós críticos:

1. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica: Em correspondência com a situação de saúde a nível mundial e o envelhecimento da população a população da área de abrangência apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis;
2. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes hipertensos: a população da área de abrangência tem baixo nível de escolaridade o que leva a dificuldade para tomar a medicação no horário certo ou ler a prescrição, ainda se verifica baixo nível de conhecimento sobre a patologia e pouca responsabilidade com a saúde em relação ao autocuidado;
3. Alto índice de uso de álcool e outras drogas: Pode-se observar que alguns problemas são causas ou consequências de outros. Por exemplo, a baixa condição socioeconômica pode indicar aumento do

- número de pacientes cadastrados com problemas relacionados a dependência química;
4. Doença mental e consumo de psicofármacos: Dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono;
 5. Pouca adesão aos projetos de atividades educativas dirigidas aos pacientes com doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: a falta de incentivo para as atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos como por exemplo a capacitação da equipe de saúde para realização de intervenções efetivas associado ao baixo nível educativo e idade dos pacientes que também, interferem na compreensão dos temas tratados nas atividades educativas realizadas;
 6. Parasitose intestinal: verifica-se elevada incidência através dos exames parasitológicos de rotina de fezes realizados nos pacientes, ainda as más condições de saneamento básico da região e a baixa condição econômica que propicia moradia em locais com saneamento básico precário e, conseqüentemente, maior risco de adquirir parasitose intestinal;
 7. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: baixo nível de conhecimento das doenças crônicas pela população.
 8. Presença de gravidez entre adolescentes: trabalho insuficiente realizado pela equipe de saúde na prevenção da gravidez na adolescência como consequência observa-se alta incidência de adolescentes grávidas na população de abrangência;
 9. Baixa condição socioeconômica: vivenciada por expressivo número de usuários da ESF, o baixo nível socioeconômico expressa-se pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoal como habitacional, más condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento e/ou exame complementar particular;

O problema escolhido pela ESF foi a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS devido ser dentre os outros problemas, o que

apresenta maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

6.3 Plano de ação

Após a análise dos problemas fundamentais identificados no diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência realizado a partir de partes do processo de Planejamento Estratégico Situacional foi elaborado o plano de ação sobre o problema prioritário escolhido pela equipe de saúde da família.

Entre as estratégias de ações encontram-se:

- Melhorar o nível de informação e conhecimento da população a respeito da Hipertensão Arterial Sistêmica devido sua importância para a adesão. Para isto será realizado acompanhamento clínico e da terapia medicamentosa, investigação da existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação e benefícios da atividade física;

- Melhorar o processo de trabalho da ESF que encontra-se inadequado para enfrentamento do problema. Para isto será realizado capacitação dos profissionais para a continuidade do acompanhamento e implantação das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial, estadual e municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família propostas pelo programa de HIPERDIA;

- Melhorar a efetividade da gestão municipal a partir da regulação do fluxo de referência e contra referência dos pacientes para serviços especializados e hospitalização.

6.4 Avaliação e Monitoramento

O acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS será utilizado para avaliar anualmente se houve redução das taxas de pacientes hipertensos. Também será realizado o acompanhamento pela equipe segundo programação do programa de HIPERDIA aos pacientes com HAS. Por último, também será utilizado como parâmetro de monitoramento e avaliação o número absoluto de casos diagnosticados no ano de 2016 em relação a população da área de abrangência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica vem se destacando, atualmente, como uma epidemia moderna, e tornando-se grave problema de saúde pública. Esta doença está cada vez mais prevalente entre a população adulta, situação que torna importante a construção de estratégias de enfrentamento.

A adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento é um grande desafio para a equipe de saúde, sendo de suma importância que o atendimento dessa população seja focado na realidade apresentada pelos mesmos no território, de tal modo que eles e seus familiares possam encontrar apoio e confiança na ESF. Desta forma, esses pacientes e suas famílias poderão ser capazes de mudar hábitos e estilos de vida não saudáveis, aderir ao tratamento medicamentoso e desenvolver as práticas de autocuidado, visando prevenir complicações e garantir uma melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 18, 2011. Disponível em: https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/texto_4_-_protocolo_ghc_has.pdf . Acesso em: 26 de jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 58, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 71p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p. 118, 2010.

CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.I. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.

DEMONER, M.S., RAMOS, E.R.P., PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

DIAS, A.M. *et al.* Adesão ao Regime terapêutico na doença crônica: Revisão de literatura. **Mellenium**, v. 40, p 201-219, 2011.

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

MIRANDA R.D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

RIBEIRO A. G. *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n.1, p. 87-112, 2011.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados.pdf> . Acesso em: 26 jun. 2016.