

## **Atenção em saúde para pacientes hipertensos: Um modelo assistencial de intervenção**

### **Health care for hypertensive patients: A care intervention model**

Ruth Rodrigues de Carvalho<sup>1</sup>

Marluce Pereira Damasceno Lima<sup>2</sup>

#### **RESUMO**

A hipertensão arterial é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira. É considerada um problema grave de saúde pública, sendo um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Contudo, a adesão ao tratamento é o grande desafio dos profissionais e serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo propor um modelo assistencial de cuidado ao portador de hipertensão na Atenção Básica a partir de ações. Os resultados esperados estão relacionados com o controle da pressão arterial, maior acompanhamento dos hipertensos, aumento do acesso aos serviços de saúde, aprimoramento da abordagem farmacológica e adoção de dieta e exercícios físicos.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Básica. Assistência

#### **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic disease of high prevalence in the Brazilian population. It is considered a serious public health problem, being one of the risk factors for the development of cardiovascular diseases. However, adherence to treatment is the major challenge for health professionals and services, especially in Primary Care. In this sense, this study aimed to propose a caring model for the care of patients with hypertension in Primary Care from actions. The expected results are related to blood pressure control, greater monitoring of hypertensive patients, increased access to health services, improved pharmacological approach and adoption of diet and physical exercises.

Key - words: Hypertension. Basic Attention. Assistance

## **1 INTRODUÇÃO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é uma das doenças crônicas mais frequentes na atualidade. É também o principal fator de risco para as complicações das doenças cardiovasculares, como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) que mais causam morte no mundo.

Segundo o Ministério da Saúde a HAS é uma das principais doenças do grupo das doenças cardiovasculares e nos últimos anos vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto ressalta que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros, são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3% a 43,9% na população adulta (BRASIL, 2006).

Por ser uma doença crônica silenciosa, a HAS evolui de forma rápida, contribuindo para o surgimento de outras patologias cardiovasculares. Há, portanto, necessidade de tratamento adequado com mudanças dietéticas e comportamentais, além da manutenção rigorosa da terapêutica

---

<sup>1</sup> Graduada em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí-UFPI, Pós Graduada em Estratégia Saúde da Família e Comunidade- UNASUS/UFPI. Contato: (89) 99924-8877/ (89) 99401-1026 Email: ruthizinhah@hotmail.com

<sup>2</sup> Bióloga. Mestre em Fitotecnia. Tutora UNASUS-UFPI

medicamentosa, pois com esses cuidados é possível prevenir consequências a longo prazo como lesão de órgãos-alvo e mortalidade.

Por ser a HAS uma doença crônica, seu controle requer tratamento por toda a vida com medidas farmacológicas e não farmacológicas (MION et al., 2006). É muito importante se considerar prevalência da não adesão ao tratamento correto como um dos principais indicadores de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde (SANTA et al., 2010).

Na tentativa de reorientar o modelo de assistência à saúde vigente no país, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como foco principal, a família de forma integrada e a prevenção de enfermidades, com objetivo a proteção e a promoção à saúde, fortalecendo os princípios do SUS (BRASIL, 2001).

Para que essa proposta seja eficaz o cuidado ofertado deve ir além da convencional queixa/conduita, recomenda-se que além de identificar os portadores assintomáticos e monitorar o tratamento é muito importante estabelecer vínculos entre a equipe de saúde/pacientes/cuidadores, além de realizar educação em saúde, englobando a realidade social do paciente nesse processo.

Devido ao grande número de hipertensos e o número de casos de doenças cardiovasculares nas áreas de abrangências do município de Nova Santa Rita, devem-se chamar a atenção da equipe no sentido de alertá-las sobre a necessidade de realizar ações para aumentar a adesão ao tratamento farmacológico para diminuir os níveis pressóricos dos hipertensos como método de prevenção das complicações.

O trabalho tem como objetivo refletir sobre o cuidado ao portador de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica e elaborar um plano de intervenção visando à melhoria da qualidade da assistência prestada pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família de Nova Santa Rita – PI, reduzindo o número de complicações entre os pacientes hipertensos.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Hipertensão Arterial**

A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica, não transmissível, e na maioria das vezes com característica assintomática. Por ser uma das afecções mais comuns da modernidade, é considerada um grave problema de saúde pública, principalmente pelo fato de ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais e, portanto, uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BRASIL, 2006).

A HA é uma condição clínica de vários fatores, caracterizada por níveis elevados de Pressão Arterial (PA). O diagnóstico da hipertensão arterial é feito a partir da medida da pressão arterial e deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais de saúde devidamente capacitados. Isso é fundamental não apenas para o diagnóstico, mas também para o acompanhamento do tratamento da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o indivíduo é considerado hipertenso quando o valor for igual ou superior a 140/90 mmHg. Dia 17 de maio, é Dia Mundial da Hipertensão, estabelecido pela Liga Mundial de Hipertensão, sendo mais uma data para reforçar a necessidade de orientação e conscientização da população para este importante fator de risco cardiovascular.

Essa enfermidade ainda é desconhecida pela metade das pessoas acometidas, sendo que apenas 50% dos hipertensos que tem conhecimento de sua condição, realiza o tratamento corretamente (ROLIM; BRUM, 2005). Deste modo, é importante conhecer a distribuição da hipertensão arterial em uma determinada população, daí identificar as pessoas mais vulneráveis e criar ações eficazes no seu controle (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004).

## **2.2 Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial**

A elevada prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil reforça a importância do controle dos fatores associados às doenças cardiovasculares, exigindo a adoção de medidas de promoção e proteção à saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado. Há muitos fatores que contribuem para a elevação da pressão sanguínea, como fatores genéticos, ambientais e sociais (TAVARES, 2005).

São considerados fatores de risco clássicos para a hipertensão arterial a idade avançada, raça negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus, uso de produtos com alto teor de sódio, dentre outros (BEILIN; PUDDEY; BURKE, 1999; CHOBANIAN et al., 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A expressão “fatores de risco associados” refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das patologias do aparelho circulatório e conseqüentemente da saúde pública. Mais da metade dos agravos e complicações são resultantes desses fatores que podem ser classificados em fatores de riscos intrínsecos ou não modificáveis (idade, sexo, raça) e extrínsecos ou modificáveis (hábitos alimentares, tabagismo) (PANSANI et al, 2005).

A realização do tratamento anti-hipertensivo é de extrema importância na redução das complicações cardiovasculares, principalmente na prevenção de acidentes vasculares, insuficiência cardíaca e renal, dentre outros (GIROTTTO et al, 2010).

Estudos apontam que uma alimentação não balanceada é mais comum entre pessoas de nível socioeconômico mais baixo, pois sua alimentação habitual está pautada em uma elevada ingestão de açúcar refinado, sódio, gordura saturada e uma menor ingestão de frutas, verduras e de alimentos reguladores. Isso aumenta a probabilidade para o desenvolvimento da obesidade, que é um dos principais fatores de risco para hipertensão (MARIATH et al, 2007).

Além da má alimentação, o sedentarismo também é definido como um problema de saúde pública no século XXI, fator este que está associado a várias patologias, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, dentre outras. Quando associado principalmente a uma alimentação inadequada, ele aumenta mais ainda o risco para o desenvolvimento da hipertensão (AZIZ, 2014, SBC, 2010, ABESO, 2009).

A avaliação antropométrica na Unidade Básica de saúde (UBS) é baseada na aferição do peso e da altura para análise do IMC e na medida da circunferência da cintura (CA), para avaliação de tecido adiposo abdominal e conseqüentemente do risco que o indivíduo apresenta para o desenvolvimento de patologias do sistema cardiovascular. Após essa avaliação do estado nutricional e da sua relação com os hábitos alimentares, o indivíduo é orientado por um profissional da área, sobre a importância de uma alimentação saudável e balanceada para prevenir algumas doenças, como a hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

O excesso de peso até mesmo sozinho predispõe ao desenvolvimento da hipertensão, estudos têm demonstrado a importância do ganho de peso com aumento dos níveis da PA e a redução do mesmo com a diminuição dos níveis da PA (MARIATH et al, 2007, BURGOS et al, 2014).

Outros estudos mostraram que o ganho de peso e aumento da circunferência abdominal são diagnósticos importantes para avaliação da hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de patologias cardiovasculares (SOARES et al, 2012, SBC, 2010).

O álcool e o tabagismo são outros fatores de risco importantes para problemas de saúde como a HA, pois grande parte da população mundial, especialmente adultos jovens e adolescentes de ambos os gêneros consomem álcool e fumo, na maioria das vezes de forma abusiva. O uso excessivo destes pode ser considerado um fator de risco modificável para hipertensão arterial (SOUZA, 2014).

Identificar esses fatores de risco tem sido uma das formas mais importantes para criação de medidas de prevenção na Atenção Primária a Saúde e detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (OLIVEIRA et al, 2013).

### **2.3 Tratamento anti-hipertensivo**

O objetivo de qualquer tratamento para as patologias é o seu adequado controle, pois desta maneira evita-se complicações precoces (LESSA, 1998). Conviver com uma doença crônica demanda mais do que a exposição a uma ameaça ou desconforto, pois implica adaptação a uma condição contínua, que não se cura com medicamentos (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005). Neste sentido, destaca-se um item de suma importância no tratamento dessas doenças, que é a adesão ao tratamento. A adesão corresponde a um acordo entre a prescrição médica e a conduta do paciente que compreende valores e crenças, além de aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

O objetivo do tratamento anti-hipertensivo é manter os níveis < 140/90 mmHg para aqueles com risco cardiovascular baixo e médio e ≤ 130/80 mmHg para os que possuem risco alto ou muito alto. Para isso, a estratégia terapêutica deverá ser individual e baseada nesse risco, levando em consideração a presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo como coração, pulmão, fígado e/ou doença cardiovascular existente (VI DBH, 2010).

Estudos desenvolvidos desde a década de 1960 demonstram a eficácia da medicação anti-hipertensiva no controle da PA e na redução das complicações associadas (DUARTE et al, 2010). Embora esse tratamento tenha indicações precisas, a adoção de práticas como redução do

consumo de sal, o sedentarismo, a obesidade, entre outras medidas, estão indicadas a todos os hipertensos (VI DBH, 2010).

Mesmo o tratamento medicamentoso sendo o principal método utilizado pelos serviços e profissionais de saúde para o controle da hipertensão arterial, a prática de atividade física e mudanças nos hábitos alimentares são fatores que devem ser considerados no seu controle (FUCHS; GUS; MOREIRA, 2005). Apesar, de um grande número dos hipertensos não utilizarem os medicamentos de forma correta e não modificarem suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar tal doença que, na maioria das vezes, é assintomática.

O tratamento para o controle da hipertensão arterial vai além dos fármacos, o portador de HAS deve adotar um estilo de vida saudável, abolindo hábitos que estabeleçam fatores de risco para complicações desta doença, aderindo a uma dieta rica em frutas, fibras, hortaliças e laticínios com baixos teores de gordura e sódio. Porém, durante o acompanhamento à saúde desses pacientes, observa-se grande dificuldade para a aquisição de hábitos saudáveis, pois essa tomada de decisão, apesar de necessária, deve ser aceita pelo portador (FORMAN, STAMPFER e CURHAN, 2009).

O tratamento farmacológico teve avanços na indústria farmacêutica, com formulações eficazes e com diminuição de efeitos indesejáveis, mas o controle da HA nem sempre é o adequado. A falta de adesão ao tratamento farmacológico é bastante frequente, estando associada a inúmeros fatores relacionados ao paciente, como: alguma doença existente, aspectos psicossociais, crenças, entre outros (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001; PIERIN, 2001; PIERIN; STRELEC; MION JÚNIOR, 2004; SANCHEZ; PIERIN; MION JÚNIOR, 2004).

Outros fatores que dificultam a adesão ao tratamento farmacológico da HA são: as dificuldades financeiras, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, problema na relação médico-paciente, bem como a própria característica da patologia, que normalmente se apresenta assintomática nos primeiros 15 a 20 anos, e a sua cronicidade (BUSNELLO et al., 2001).

Os pacientes podem deixar de aderir à terapia medicamentosa anti-hipertensiva por motivos como ausência de sintomas associados à doença, complexidade do esquema de dosagem de medicação ou custo. Outra explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem sua doença e sua medicação. O curso assintomático da hipertensão contribui para essa falta de entendimento e assim muitos pacientes acabam acreditando que a hipertensão é intermitente e pode ser tratada com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse ou remédios caseiros. Outro fator também que interfere à adesão é a grande quantidade de medicamentos prescritos e o esquema terapêutico, mesmo esses sendo fornecidos gratuitamente (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

No Brasil poucos estudos são realizados a respeito da adesão ao tratamento farmacológico da HA e dos fatores associados a essa adesão (BARBOSA; LIMA, 2006). Os métodos de medida da aderência do paciente ao tratamento farmacológico são os mais variados. Entre eles, há relatório do próprio paciente, opinião do profissional de saúde, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização da medicação (OIGMAN, 2006). Contudo, nenhum

dos métodos é livre de desvantagens, sendo indispensável a escolha daquele que mais se adapta à situação a ser estudada.

Percebe-se que a população, infelizmente, ainda não está consciente quanto ao seu adoecimento e existe grande resistência à adesão do tratamento medicamentoso. Cabe ao serviço de saúde fazer a sua parte, realizando ações como, por exemplo, reduzir o tempo de espera para as consultas, oferecendo atividades que possam preencher este tempo, como palestras, recreações, informativos, entre outros. Esse serviço também poderia melhorar o atendimento das consultas em que o usuário possa manifestar seus anseios e até ser encorajado e valorizado pelo profissional, com linguagem clara, objetiva e de fácil assimilação. Ainda segundo Franceli et al. (2008), sempre que possível, o profissional deverá fazer orientações escritas e até desenhos explicativos para as drogas prescritas, com controle das dosagens e horários de tomada no caso de o usuário não ser alfabetizado, e garantir acesso a todos os medicamentos.

## **2.4 Políticas destinadas ao tratamento da HA**

O Ministério da Saúde, com o propósito de prevenção e detecção precoce, como forma de evitar as doenças, tem recomendado e estabelecendo ações multiprofissionais na Atenção Básica através do Programa de Estratégia Saúde da Família promovendo uma organização na estratégia da assistência primária. Portanto, políticas de promoção e proteção à saúde são primordiais para o declínio de doenças crônicas como a hipertensão arterial no Brasil (SOUZA; SCOCHI, 2006; ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge no Brasil no ano de 1994, como estratégia governamental proveniente de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A finalidade dessa estratégia foi a reorganização do sistema único de saúde (SUS) e facilitação do acesso da população menos favorecida aos serviços básicos de saúde (PEDRO et al, 2008).

Contudo, promover esse acesso da população aos serviços de Atenção Básica de saúde ainda é um grande desafio, enfrentado pelos gestores e profissionais envolvidos nesse processo, pois existe uma falha entre a população e os serviços da atenção básica, uma vez que o PSF ainda está voltado para demanda espontânea dificultando assim, o trabalho programático (SOUZA; SOUZA; SCOCHI, 2008).

A equipe multiprofissional do PSF por meio do trabalho programático do cadastramento das famílias, visitas domiciliares, formulação de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, devem buscar a igualdade na atenção básica, reduzindo o custo por internamento em unidades de média e alta complexidade (CARLOS et al, 2008).

Com a reorganização da Atenção Básica, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e metas para reorganização de programas relacionados a problemas específicos que acometem a saúde da população. Apenas em 2001 as novas diretrizes foram estabelecidas para o direcionamento da atenção a hipertensão. Com a promulgação da NOAS/017 (NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE), estabeleceu-se a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu-se

o controle da HAS, como uma das áreas estratégicas a ser trabalhada nesse nível de atenção (COSTA et al, 2007).

O Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão Arterial é uma dessas estratégias e tem como propósito a garantia do diagnóstico, criando a vinculação do paciente às unidades de saúde, para tratamento e acompanhamento. Esse plano prevê que mais da metade das pessoas que realizam o tratamento da HAS sejam feitos de maneira efetiva pela atenção básica (BRASIL, 2001; TOSCANO, 2004).

Os principais motivos relatados pelos hipertensos usuários dos serviços de atenção à saúde, e que contribui para o abandono do seguimento médico e terapêutico, são: ausência de organização e estrutura do serviço, dificuldades e insatisfações com os serviços prestados pela instituição, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas; dificuldade para agendar consulta; demora em ser atendido; horário de atendimento incompatível com o do trabalho ou com as ocupações diárias; mudança de médico responsável pela assistência, impossibilidade de acesso ao médico especialista e insatisfação com a assistência prestada pelos profissionais de saúde (DUARTE et al, 2010).

A estrutura, organização do serviço de saúde e a qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional, exercem forte influência para a motivação na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, pois quando o acompanhamento do paciente hipertenso é realizado de forma inadequada, sem considerá-lo como sujeito de suas ações e decisões, o tratamento pode ser abandonado, promovendo mais custos pela realização desnecessária de procedimentos de média e alta complexidade em indivíduos que estarão descompensados (DUARTE et al, 2010; SANTOS et al, 2008).

Nos processos de educação em saúde relacionados à hipertensão arterial a presença de uma equipe multiprofissional atuante que transmita as informações necessárias da linguagem do paciente é parte principal do processo de adesão ao tratamento. Contudo o que se observa é que predomina nos programas e principalmente nos profissionais a visão reducionista do papel do paciente, desconsiderando, muitas vezes, suas opiniões, crenças e cultura e suas dificuldades (CARVALHO et al, 2013).

O fortalecimento da relação dos profissionais de saúde com o paciente é um importante aliado na busca por maior adesão aos tratamentos. Assim, como a linguagem utilizada por estes profissionais, o acolhimento ofertado ao paciente, o respeito às crenças dos mesmos e abertura para verbalizações e retirada de dúvidas durante as abordagens são determinantes neste processo (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

### 3. PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Inadequação da acolhida e assistência ao paciente hipertenso	Adequar os mecanismos de escuta inicial aos pacientes hipertensos assistidos pelas equipes de ESF em Nova Santa Rita-PI	Implantar protocolo adequado de acolhida e orientação aos pacientes hipertensos Prazo: 03 meses	Apresentar o projeto para as equipes de saúde e gestão  Realizar capacitação profissional para acolhida e orientação dos pacientes hipertensos  Realizar orientação e informação na sala de espera da UBS	Equipe do NASF e ESFs
Baixo índice de acompanhamento dos pacientes hipertensos	Realizar levantamento epidemiológico dos pacientes hipertensos adscritos às equipes de saúde do município.	Criar um banco de informações sobre os pacientes hipertensos do município Prazo: 03 meses	Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos e levantamento da terapia medicamentosa utilizada por eles  Criar e implementar ficha de acompanhamento dos pacientes	
Baixo nível de conhecimento sobre hipertensão arterial e seus riscos	Melhorar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos acompanhados pela ESF	Aumento do contingente de informação sobre pressão arterial Prazo: 06 meses	Realização de palestras educativas sobre a hipertensão arterial e os fatores de risco associados à doença. Divulgação de informações por meio de diferentes meios de comunicação (emissoras de rádio, redes sociais e telefonia)	
Baixa adesão ao tratamento	Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos	Fomentar o interesse dos pacientes hipertensos ao tratamento Prazo: 04 meses	Realizar a oficina “Eu conheço meu tratamento”  Confeccionar e distribuir bolsas porta-comprimidos para melhorar a facilitar o reconhecimento das dosagens	Equipe do NASF e ESFs
Falta de medidas alternativas e/ou complementar es de controle da pressão arterial	Melhorar hábitos de vida dos pacientes hipertensos assistidos pelas equipes de ESF do município	Mudança dos hábitos de vida dos pacientes hipertenso Prazo: 06 meses	Criar grupo de caminhada com os pacientes  Realizar acompanhamento periódico dos níveis pressóricos e outros indicadores de saúde dos pacientes assistidos	

Fonte: Elaborada pela autora



#### **4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO**

O trabalho em atenção primária depende dos diversos fatores envolvidos no processo, deve haver sintonia, coordenação e avaliação das atividades. Para sua realização deve-se priorizar um processo de trabalho articulado entre todos os envolvidos e dentre eles os usuários daquele território.

Ressalta-se que os impactos das ações ocorrem de forma lenta, pois as intervenções implicam mudanças de estilo de vida da população e exigem tempo para a incorporação de novos hábitos (ARAÚJO et al., 1999). De acordo com Sala et al. (2000), escutar o usuário conhecendo o que determina sua procura a adesão ao tratamento medicamentoso pode ser uma boa estratégia para a ampliação da cobertura.

As ações desenvolvidas nesse projeto poderão ser avaliadas através da análise de indicadores básicos de saúde como: número de hipertensos de alto risco, prevalência de doenças cardiovasculares entre hipertensos, riscos para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), quantidade de pacientes com indicação e adesão ao tratamento medicamentoso, quantidade de pacientes hipertensos que praticam atividade física, e incidência de hábitos saudáveis e reeducação alimentar. Também poderá ser analisado o próprio relato dos usuários durante as atividades.

#### **5. CONCLUSÃO**

Várias questões justificam a realização desse estudo, entre elas destaca-se a magnitude que a hipertensão apresenta no cenário mundial como um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade.

A falta de controle da Hipertensão Arterial é alarmante, sendo considerada um dos grandes desafios para a saúde pública em todo o mundo. Melhorar os níveis tensionais dos hipertensos vem sendo um desafio para os profissionais de saúde que estão ligados a essa problemática.

Vale ressaltar que os resultados obtidos à luz do tempo em se tratando da adesão a um tratamento não são tão simples e rápidos, pois alterar estilos de vida implica em ações muito maiores do que simplesmente informar às pessoas sobre a sua importância. Para o sucesso das ações propostas nesse projeto é necessário o envolvimento de todos os profissionais de saúde que atuam junto aos clientes hipertensos, para ficarem atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo o que é o esquema medicamentoso.

Outro ponto que deve ser destacado é a influência positiva da estruturação da Atenção Básica a partir da implementação de áreas estratégicas na ampliação do acesso e seguimento aos pacientes acometidos por essa doença crônica.

As buscas por novas estratégias capazes de maximizar o controle da hipertensão devem ser cada vez mais potencializadas. Investigações que buscam as causas e os fatores que estão

contribuindo com este cenário devem ser incentivadas, o que torna o presente estudo tão necessário quanto atual.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO RB, SANTOS I, CAVALCANTI MA, COSTA JSD, BÉRIA JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev Saúde Pública** 1999; 33(1):24-32.

ASSUNÇÃO MCF, SANTOS ISS, GIGANTE DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública** 2001; 35(1):88-95.

AZEVEDO, V. M. et al. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serviço de Saúde** v.15 n.1 Brasília mar. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Departamento de Atenção Básica, **Caderno de Atenção Básica**, n 15, p 7-46, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília(DF); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Portal da Saúde, Disponível em: [www.saude.gov.br/biblioteca/legislaçãomsaude](http://www.saude.gov.br/biblioteca/legislaçãomsaude) – Ministério da Saúde; acesso em 30 de outubro de 2017.

BALDISSERA VDA, CARVALHO MDB. PELLOSO SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009.

CAMPOS G. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberalprivado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1865-1874, 2007.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação de Saúde. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

FRANCELI AB, FIGUEIREDO AS, FAVA SMCL. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. *Reme rev min Enferm*. 2008.

GIORGI DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2006.

JESUS ES, AUGUSTO MAO, GUSMÃO J, MION JR D, ORTEGA K, PIERIN AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta paul enferm*. 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev. saúde pública, São Paulo*, v.38, n.5, p.637-642, maio 2004.

MION JR D, SILVA GV, ORTEGA KC, NOBRE F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF; 2003. Relatório Mundial.

SALA A, COHEN DD, DALMASO ASW, LIMA AMM, TEIXEIRA RR. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública* 2000.

SILVEIRA LMC, RIBEIRO VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Rev Interface Comunic Saúde*. 2005

SOUZA ER, MINAYO MCS, MALAQUIAS JV. Violência no trânsito: expressão de violência social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005.

SANTA HELENA ET, NEMES MIB, ELUF-NETO J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2010.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família e meu esposo por todo incentivo ao trabalho e aos estudos, em especial minha prima Joelane, pela ajuda ofertada.

A minha maravilhosa tutora Marluce P. D. Lima, uma orientadora que apesar da distância se mostrou presente, esclarecendo minhas dúvidas, tendo muita paciência, compreensão, dedicação, além de muita competência e valiosa orientação.

Aos meus colegas pela cumplicidade, em especial Cleidiane, pelas orientações e preocupação comigo.

As equipes ESF Maria do Rosário Ferreira e Tanque Novo pelos momentos de trabalhos compartilhados.

**Data de entrega:** 24/11/2017.