

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

ANGELA ARMINDA TERROBA CAMPOS

**Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: proposta de
intervenção. Chã Preta.**

Maceió. Alagoas.
2015

ANGELA ARMINDA TERROBA CAMPOS

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: proposta de intervenção. Chã Preta.

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

Orientadora: Ana Claudia Porfírio Couto.

**Maceió. Alagoas.
2015**

ANGELA ARMINDA TERROBA CAMPOS

Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: proposta de intervenção. Chã Preta.

Banca Examinadora
Profa: Ana Claudia Porfírio Couto.
Profa: Eulita Maria Barcelos.

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

DEDICATÓRIA

A minha família, pela compreensão e apoio brindado em minha atuação.

.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre junto a mim e cuidar de nós.

A meus amigos que sempre brindaram seu apoio.

Aos professores por sua dedicação e ajuda no processo de formação.

A toda equipe da UBS Denilma Bolhões, aos pacientes de minha área de abrangência por permitir-me o estudo e realização deste trabalho.

Aquele que não tem tempo pra cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo pra
cuidar da doença

(Lair Ribeiro)

O tempo que precisamos está no presente, use-o para garantir sabiamente o
seu futuro.

(Izzo Rocha)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, silenciosa, de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves moléstias, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, neuropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. É considerada como uma doença multifatorial, o desenvolvimento desta em uma pessoa que tenha predisposição genética esta associada ao ambiente na qual a pessoa está inserida, em uma pessoa que nasce com a predisposição genética o desenvolvimento da HAS dependerá, basicamente, do seu estilo de vida. Tendo como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e prevenir as complicações do paciente hipertenso. Foi desenvolvido na Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) Denilma Bulhões do município Chã Preta, estado de Alagoas. Prévia revisão da literatura do tema do estudo, realizou-se um estudo observacional descritivo transversal sobre o comportamento da doença em 106 pacientes afetos maiores de 60 anos, avaliando fatores de risco presentes como avaliação nutricional, idade, sexo, realização do tratamento e nível de conhecimento, foi elaborado um projeto educativo dirigido aos pacientes hipertensos para elevar o conhecimento de aspectos importantes para o controle da doença e melhora da qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de risco. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic non-transferable, silent, high prevalence, whose diagnosis and control are essential in the management of serious diseases such as congestive heart failure, cerebrovascular diseases, myocardial infarction, peripheral vascular insufficiency, hypertensive nephropathy and hypertensive retinopathy. Is considered as a multifactorial disease, the development of this in a person who has a genetic predisposition is associated with the environment in which the person is located, in a person who is born with it. The genetic predisposition to SAH development will depend basically on your life style. Aiming to elaborate a Project intervention to improve treatment adherence and prevent the complication of patient hypertensive was developed the present work on Primary Health care Unit (PHU) Denilma Bulhões municipal Chã Preta, State of Alagoas. Anticipated review of the literature of the subject of the study. I realize a transversal descriptive observational study on the behavior of the disease in 106 patients affected over 60 years, assessing risk factors present in them such as nutritional evaluation, age, gender, completion of treatment and level of knowledge, was elaborate a educational Project directed to hypertensive patient to raise the knowledge of important aspects for the control of the disease, and improve the quality of life.

Key words: Arterial hypertension. Risk factors. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Distribuição da população segundo sexo. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 19 |
| Tabela 2- Distribuição da população segundo sexo e idade. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 19 |
| Tabela 3- Distribuição da população segundo índice de Massa Corporal estabelecido para Idosos. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 20 |
| Tabela 4 – Distribuição de pacientes hipertensos segundo fatores de risco. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 20 |
| Tabela 5- Distribuição de pacientes hipertensos segundo a sequência do tratamento farmacológico. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 21 |
| Tabela 6 – Distribuição de pacientes hipertensos segundo nível de conhecimento de sua doença. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões..... | 22 |

LISTA DE QUADROS.

| | |
|---|----|
| Quadro 1- Distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013..... | 14 |
| Quadro 2- Saneamento básico no Município de Chã Preta. 2013..... | 15 |
| Quadro 3- Indicadores educacionais do ensino fundamental e ensino médio. Chã Preta. 2013..... | 17 |
| Quadro 4- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da área adstrita UBS Denilma Bolhões..... | 31 |
| Quadro 5- Demonstrativo do número idosos hipertensos por micro área da área adstrita UBS Denilma Bulhões..... | 32 |
| Quadro 6- Planejamento para intervenção sobre nó crítico hábitos e estilos de vida inadequados relativo ao problema Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial adstrita UBS Denilma Bulhões..... | 33 |
| Quadro 7- Operações sobre “nível de informação em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Denilma Bolhões em município Chã Preta, Alagoas..... | 34 |
| Quadro 8- Operações sobre “desestrutura dos serviços de saúde para atendê-la a população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Denilma Bolhões em município Chã Preta, Alagoas..... | 36 |

LISTA DE GRAFICOS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Tratamento da água no domicílio..... | 15 |
| Figura 2. Cobertura de rede abastecimento de água..... | 16 |
| Figura 3. Cobertura de sistemas de esgotamento sanitário..... | 16 |
| Figura 4. Cobertura de sistemas de coleta de lixo..... | 16 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 23 |
| 3 OBJETIVO..... | 24 |
| 4 METODOLOGIA..... | 25 |
| 5 REVISÃO DA LITERATURA..... | 26 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 38 |
| REFERÊNCIAS..... | 39 |

1 INTRODUÇÃO

Fazer a caracterização da situação de saúde de uma população é um fato muito importante, pois podemos fazer a análise dos diferentes problemas de saúde, o que permite compreender as causas e consequências das principais dificuldades da comunidade, abordando os problemas como resultados das ações que os gestores da população trabalham com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população.

Identificando o município, Chã Preta está situado ao norte da porção central do Estado de Alagoas, na Microrregião Serrana dos Quilombos, mesorregião do Leste Alagoano a 100 quilômetros distante da capital do Estado.

Conta com uma área total de 201,36 km². Sua concentração habitacional é de 35,49 habitantes/km², o número aproximado de domicílios e famílias é 1920 e sua população são 7269 habitantes, 4286 moram na área urbana do município.

Historicamente a colonização de Chã Preta teve início por volta de 1865. O movimento da localidade, que continuou com o nome de Chã Preta e pertencia a Viçosa cresceu rapidamente e, em 1909, foi criada a feira. A primeira capela foi construída na mesma época, na antiga propriedade, doada por Terezinha de Jesus Brandão á Nossa Senhora da Conceição. Próximo a Chã Preta existia uma localidade de nome Tobias, onde se realizava a feira. Boa parte dos habitantes queria que o centro do povoado fosse para lá transferido. No período de 1938 a 1947, a cidade ficou abandonada pelos administradores de Viçosa e o movimento em defesa da emancipação começou a se formar. A disputa causou um fato inédito na administração pública alagoana: a subordinação de Chã Preta a Correntes, município pernambucano, para onde o movimento local foi desviado. Com a Constituição de 1946, Chã Preta passou a ter representação na Câmara de Vereadores de Viçosa. Em 1962, o povoado foi emancipado.

A equipe realizou o diagnóstico situacional e os dados encontrados sobre os aspectos demográficos estão apresentados abaixo.

Quadro 1 Distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2013

| Município de Chã Preta | | | | | | | | | |
|------------------------|----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Total de População: | | | | | | | | | |
| No. de indivíduos | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-39 | 40-59 | 60 e + | Total |
| Área Urbana | 24 | 196 | 388 | 437 | 441 | 1535 | 756 | 509 | 4286 |
| Área Rural | 47 | 182 | 298 | 363 | 340 | 977 | 514 | 259 | 2983 |
| Total | 71 | 378 | 686 | 800 | 781 | 2512 | 1273 | 768 | 7269 |

Fonte: Base dados. Secretaria Municipal de Saúde. Chã Preta. 2013.

Em relação às principais atividades socioeconômicas de Chã Preta são baseadas na agricultura e na agropecuária.

O município Chã Preta recebeu do governo uma verba que foi utilizada em diversas ações como, por exemplo:

- Programas de requalificação de UBS.
- Agentes Comunitários de Saúde.
- Incentivo adicional ao programa de agentes de saúde.
- Núcleos de apoio a saúde da família.
- Programa saúde na escola.
- Saúde bucal.
- Saúde da família.
- Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde.
- Ações estruturantes de vigilância em saúde.
- Programa de assistência farmacêutica básica.

Em relação ao saneamento básico distribuição da água e esgoto está representado no quadro 2.

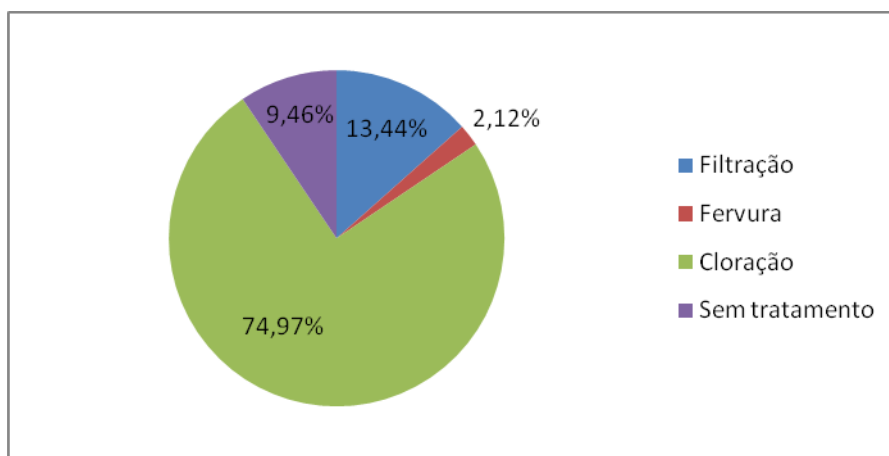
Quadro 2- Saneamento básico no Município de Chã Preta. 2013

Saneamento Básico

| Especificação | Água | Esgoto |
|---|------------------------|--------|
| Extensão da Rede (Km) | 10.500 | Não |
| População Total Atendida com Rede (habitantes) | 5.500 | Não |
| População total atendida com abastecimento (habitantes) | 4.107 | Não |
| Quantidade de Economias Ativas (Número) | 1.369 | Não |
| Quantidade de Ligações Ativas (Número) | 1.369 | Não |
| Volume Coletado (1000 m ³) | 960m ³ /dia | Não |
| Volume Consumido (1000 m ³) | 840m ³ /dia | Não |
| Volume Faturado (1000 m ³) | 456m ³ /dia | Não |
| Volume Produzido (1000 m ³) | 960m ³ /dia | Não |
| Volume Tratado (1000 m ³) | 960m ³ /dia | Não |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Chã Preta. 2013.

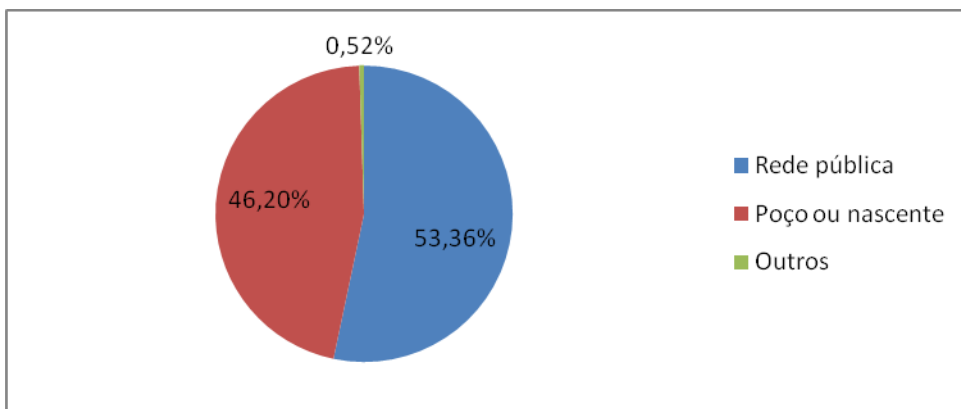
Figura 1. Tratamento da água no domicílio.



Fonte: Secretaria de Saúde. Chã Preta. 2013

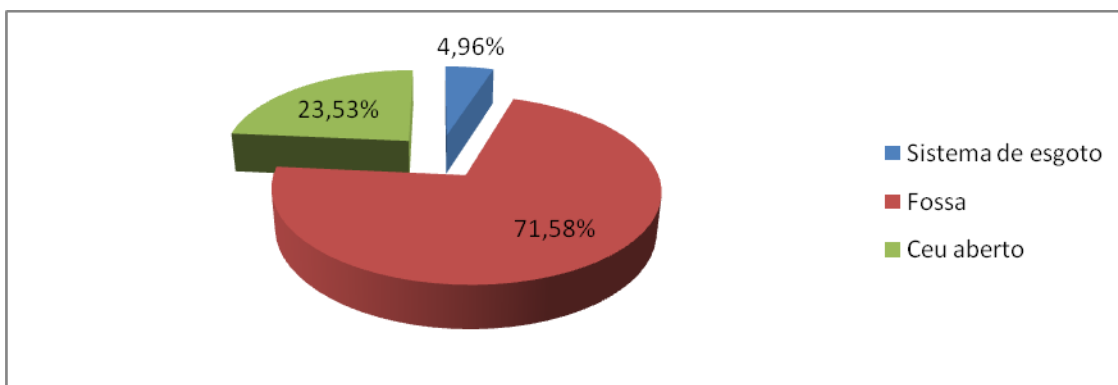
-Por cento de recolhimento de esgoto por rede pública: 96 4,96%

Figura 2. Cobertura de rede abastecimento de água.



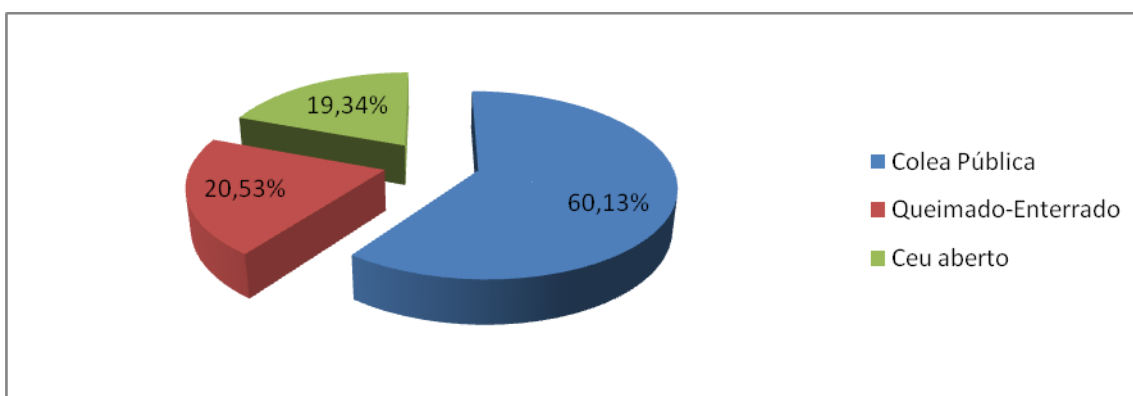
Fonte: Secretaria de Saúde. Chã Preta. 2013

Figura 3. Cobertura de sistemas de esgotamento sanitário.



Fonte: Secretaria de Saúde. Chã Preta. 2013

Figura 4. Cobertura de sistemas de coleta de lixo.



Fonte: Secretaria de Saúde. Chã Preta. 2013

A situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores.

Quadro 3 Indicadores educacionais do ensino fundamental e ensino médio.
Chã Preta. 2013

| Indicadores Educacionais | Ensino Fundamental | Ensino Médio |
|--|--------------------|--------------|
| IDEB - 4ª série/ 5º ano | 3,4 | - |
| IDEB - 8ª série/ 9º ano | 2,8 | - |
| Taxa de Abandono (Rede Particular) (%) | 0,0 | 0,0 |
| Taxa de Abandono (Rede Pública) (%) | 4,1 | 12,3 |
| Taxa de Aprovação (Rede Particular) (%) | 0,0 | 0,0 |
| Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%) | 82,4 | 80,6 |
| Taxa de Reprovação (Rede Particular) (%) | 0,0 | 0,0 |
| Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%) | 13,5 | 7,1 |

Fonte: secretaria Educação. Chã Preta. 2013

O município de Chã Preta conta com vários recursos da comunidade: 01 creche, 05 Igrejas: sendo queda religião católicos são 5820 pessoas, religião espírita, 03 pessoas, religião evangélica: 629 pessoas. Possui serviços de Luz elétrica, água, telefonia fixa e celular, agência de correios (01 no centro da cidade), conta ainda com uma casa lotérica.

Quando às instituições de ensino conta com dependência administrativa estadual (02) e municipal (21) não tem nenhuma instituição federal e nem privado. (Fonte: secretaria Educação. Chã Preta 2013)

O sistema de saúde municipal é composto por 05 estabelecimentos de saúde, 03 postos de saúde, 01 secretaria de saúde e 01 unidade de vigilância em saúde.

No centro de saúde da cidade é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, conta com 01 médico que presta serviço de atendimento a demanda de 2ª a sexta feira, outro na zona urbana em um PSF de 2ª a sexta, desenvolvendo atividades de consulta no local como atividades no domicílio, 01 médico atuando 32 horas, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01

receptionista, 01 Auxiliar de dentista todas com uma carga horaria de 40 horas por semana , 01 dentista con 20 horas e 01 auxiliar serviços gerais.

Número de Equipes:

- Saúde da Família (SF): 03 equipes da Saúde.
- Saúde Bucal: 03 equipes, sendo duas da modalidade I e 01 na modalidade II, sendo esta última locado na Equipe Saúde da Família (ESF) Urbana.
- NASF: 01 Composto por nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga.

O município conta com 01 ambulância para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e 01 microônibus para consultas de especialidades nos hospitais estaduais. Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde, constituído por quatro membros, deles 02 profissionais da Saúde e 02 representantes do governo municipal.

As referências para a média e alta complexidade são em Viçosa e Maceió. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto nessa nova gestão.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, segundo os dados do SIAB (2013) o município tinha cadastrado no final de 2013, 313 portadores de hipertensão arterial, 57 portadores de diabetes, 12 portadores de doença de chagas.

As principais causas de óbitos no ano de 2013 estiveram relacionadas com doenças crônicas (15) as que representaram 48% do total de mortes, 04 foram por causas violentas, delas 02 agressões e 02 acidentes do trânsito o restante corresponde a outras causas.

Contextualizando a UBS Denilma Bulhões (Urbana), região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, tem relevo de montanha com a maioria das ruas pavimentadas. A UBS está instalada em uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 07h00min horas a 16h00min horas. Tem uma área física adequada para o atendimento de todas as atividades preconizadas pelo Ministério de Saúde e para um bom atendimento ao paciente.

Foi realizado processo de investigação dos dados de 106 pacientes hipertensos com 60 anos ou mais que representam 63.1% do total da população hipertensa moradores na área de abrangência do UAPS Denilma Bulhões, com a finalidade de fazer a caracterização da população hipertensa. Os resultados são apresentados nos quadros abaixo:

Tabela 1- Distribuição da população segundo sexo. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| Sexo | Número | % |
|------------------|---------------|----------|
| Masculino | 34 | 32.1 |
| Feminino | 72 | 67.9 |
| Total | 106 | 100 |

Na tabela 1 podemos ver que o maior número de pacientes é do sexo feminino (72) os que representam 67% da totalidade dos pacientes estudados, o sexo masculino só alcança 32.1%.

Tabela 2- Distribuição da população segundo sexo e idade. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| | 60 até 69 | | 70 até 79 | | 80 até 89 | | 90 e mas | | Total | |
|------------------|------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
| | No | % | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Masculino | 13 | 38.2 | 11 | 32.3 | 7 | 20.6 | 3 | 8.8 | 34 | 32.1 |
| Feminino | 44 | 61.1 | 22 | 30.5 | 6 | 8.3 | - | - | 72 | 67.9 |
| Total | 57 | 53.8 | 33 | 31.4 | 13 | 12.3 | 3 | 2.8 | 106 | 100 |

A idade foi analisada na tabela 2, os pacientes hipertensos tiveram maior frequência entre as idades de 60 a 69 anos (57 pacientes que representaram o 53.8% do total do estudo), seguidos dos pacientes de 70 a 79 anos com o 31.4% (33 pacientes).

Em estudo realizado em o município de Formiga encontrou-se associação positiva entre HAS e idade: nas mulheres, as médias de PAS aumentaram continuamente com o aumento da idade (CASTRO, 2007).

Tabela 3- Distribuição da população segundo índice de Massa Corporal estabelecido para Idosos. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| | Baixo Peso | | Eutrófico | | Sobrepeso | | Total | |
|------------------|-------------------|----------|------------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Masculino | 4 | 11.8 | 20 | 58.8 | 10 | 29.4 | 34 | 32.1 |
| Feminino | 9 | 12.5 | 36 | 50 | 27 | 37.5 | 72 | 67.9 |
| Total | 13 | 12.3 | 56 | 52.8 | 37 | 34.9 | 106 | 100 |

O índice de massa é um fator de risco avaliado na Tabela 3, pode se ver que na população de hipertensos neste estudo, foram mais frequentes os pacientes eutróficos com 56 que representaram 52.8% da mostra, seguidos dos sobrepeso com 37 para um 34.9%, só 12.3% foi avaliado no grupo dos baixo peso.

Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul mostrou que a presença de obesidade manteve associação independente da hipertensão (GUS, 2004).

Tabela 4 – Distribuição de pacientes hipertensos segundo fatores de risco. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| Fatores de Risco | Total | % |
|---|--------------|----------|
| Historia familiar patológico de HAS. | 47 | 44.3 |
| Tabaquismo | 7 | 6.6 |
| Alcoolismo | 2 | 1.9 |
| Sedentário | 69 | 65 |
| Total | N106 | |

Na tabela 4 são analisados alguns fatores de risco em pacientes hipertensos no estudo, o fator de risco mais frequente foi o ser sedentário em 69 pacientes que representaram 65% do total, história familiar de HAS ocupou o segundo lugar com 47 pacientes (44.3%)

Costas (2007) mostrou em seu estudo que a história familiar positiva para no mínimo um dos progenitores estava associada com aumento da prevalência de hipertensão arterial, nesse estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto à prática de atividade física no lazer.

Em estudo realizado por Jardim, (2007) não se encontrou correlação entre tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e a ocorrência de hipertensão arterial.

Tabela 5- Distribuição de pacientes hipertensos segundo a sequência do tratamento farmacológico. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| Sequência de tratamento | Número | % |
|--------------------------------|---------------|----------|
| Sempre | 39 | 36.8 |
| Quase sempre | 52 | 49.1 |
| Às vezes | 15 | 14.1 |
| Total | 106 | 100 |

Ao analisar a distribuição dos casos em relação a sequência do tratamento na Tabela 5, pode-se ver que só 36.8% (39 pacientes) referiram cumprir sempre o tratamento da doença, 52 referem fazê-lo quase sempre (49.1%) e 15 as vezes (14.1%).

Semelhantes resultados foram encontrados em estudo realizado no município de Formiga no centro-oeste de MG, onde 66,7% dos pacientes com conhecimento prévio de hipertensão arterial faziam uso regular da medicação. (CASTRO, 2007)

Tabela 6 – Distribuição de pacientes hipertensos segundo nível de conhecimento de sua doença. População hipertensa maior de 60 anos. PSF Denilma Bulhões.

| Nível de conhecimento | Número | % |
|------------------------------|---------------|----------|
| Adequado | 37 | 34.9 |
| Não adequado | 69 | 61.1 |
| Total | 106 | 100 |

Um aspecto importante para estimular a adesão ao tratamento é o conhecimento, da doença, das consequências imediatas e tardias da hipertensão e dos benefícios do tratamento na prevenção desses eventos, o nível de conhecimento da doença foi um aspecto analisado na tabela 6; 61.1% da população do estudo apresenta nível não adequado do conhecimento de sua doença, representados por 69 pacientes, só 37 (34.9%) tem nível adequado de conhecimento.

Em estudo realizado em pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima no Município de Belém, Estado de Pará em relação a adesão ao tratamento em pacientes observou-se que 88% não conheciam a doença e 81% demonstraram não conhecer a meta terapêutica (valores de pressão arterial adequados à sua condição) (LIMA, 2010).

Os resultados da pesquisa me propiciaram conhecer in loco a situação dos idosos hipertensos moradores na área de abrangência, também conhecer o grau de adesão ao tratamento, fatores de risco e conhecimento da doença.

Diante disso é fundamental elaborar um projeto de intervenção que aumente a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, utilizando estratégias que visem alcançar o objetivo proposto.

2 JUSTIFICATIVA.

A hipertensão arterial (HTA), é uma doença multifatorial originada pela união de fatores como: herança genética (único fator considerado como não modificável), ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação pelo que é responsabilidade dos profissionais da saúde lutar pela prevenção e controle desta doença estimulando adoção de hábitos de vida saudáveis. (MANO et al., 2005)

Após o diagnóstico da mesma, é de grande importância uma adesão ao tratamento pelos pacientes, pois níveis de pressão arterial elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, os quais estão principalmente associados à aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renais e periféricas.

Muitos fatores podem estar associados à adesão ou abandono do tratamento, mais nas doenças de longa evolução entre eles sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico, às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida, à instituição e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde, melhorar adesão ao tratamento é prevenir complicações e agravos das doenças, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes (LIMA et al.,2010)

No trabalho na Atenção Primária de Saúde considera-se necessário desenvolver ações imediatas na prevenção, diagnóstico, tratamento e prevenção das complicações da hipertensão arterial, doença que cada dia é responsável de muitas mortes no mundo.

Este estudo mostra-se importante, pois apresenta propostas que podem contribuir na diminuição da demanda espontânea pela falta de controle desta doença assim como das complicações originadas pela existência de cifras elevadas de pressão arterial as que são imperceptíveis por muitos pacientes.

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto de Intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e prevenir as complicações do paciente hipertenso.

4 METODOLOGIA.

Realizou o diagnóstico situacional com a finalidade de fazer a caracterização do município Chã Preta que incluiu dados da origem da população, características sócio demográficas, aspectos políticos e culturais, disponibilização de serviços gerais e de saúde, assim como dados de mobilidade e mortalidade da área de abrangência.

Para a elaboração deste projeto realizou-se inicialmente um processo de investigação dos dados de 106 pacientes hipertensos com 60 anos ou mais que representam 63.1% do total da população hipertensa moradores na área de abrangência do PSF Denilma Bulhões, município Chã Preta, Alagoas, no ano 2014.

A fonte de informação de dados se obteve de forma direta dos prontuários clínicos, o censo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Os dados levantados foram analisados com o consentimento informado dos pacientes. Realizou-se uma ampla revisão de literatura sobre o tema.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos e seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação em saúde e uma revisão da literatura sobre o tema. Os descritores são hipertensão arterial, equipe do PSF e adesão ao tratamento.

5 REVISÃO DA LITERATURA.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, (2010, p. 7) a definição de hipertensão é:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais

Para Machado (2012) os fatores de risco da hipertensão arterial são classificados em modificáveis e não modificáveis.

São considerados fatores de risco não modificáveis a etnia, idade, sexo e predisposição genética.

Etnia: a etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão, tem maior frequência as formas mais graves da doença e as patologias associadas.

Idade: acontecem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos devido ao envelhecimento que favorecem aparição da hipertensão.

Sexo: O sexo masculino é o mais afetado pela doença até os 50 anos de idade e as mulheres, ao produzirem hormônios femininos que são fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir da sexta década de vida.

Predisposição genética: a hereditariedade ou o fator genético é um forte indicador do desenvolvimento da hipertensão, por isso, os indivíduos com casos da doença na família devem estar atentos para monitorar o possível desenvolvimento da patologia.

São considerados fatores de risco modificáveis: fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, sedentarismo e tabagismo.

Fatores socioeconômicos e nível de escolaridade: o nível de escolaridade é inversamente proporcional à hipertensão, ou seja, quanto maior o grau de instrução, menores os índices de hipertensão, com o aumento do nível de instrução é mais fácil a compreensão das informações passadas a respeito da doença, das medicações, dos hábitos de vida e dos fatores de risco. A baixa renda pode ser um fator determinante para aparição da doença e adesão ao tratamento, uma vez que dificulta entre outros o acesso a medicamentos, a alimentos adequados.

Ingestão de sal: o sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos.

Excesso de peso e obesidade: a obesidade e o excesso de peso associam-se com maior prevalência de hipertensão desde idades jovens.

Ingestão de álcool: o alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido.

Tabagismo: a nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial.

Excesso de peso e obesidade: obesidade é um fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares, especialmente doença coronariana, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, complicações muito associadas à hipertensão arterial. A obesidade, especialmente do tipo abdominal ou visceral se associa com outros fatores que contribuem para um maior risco cardiovascular, promove um risco aumentado de doença aterosclerótica. (CERCATO, 2015; PICCINI, 2012; BARBOSA, 2007)

5.1 Epidemiologia:

A Hipertensão Arterial encontra-se entre as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes entre as pessoas, com uma prevalência de um bilhão de hipertensos no mundo e responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano. No entanto, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). (GREZZANA,2013; VITOR, 2011)

A prevalência de hipertensão na população geral do Peru foi 23,7%, mais de 18 anos, o que corresponde a 3 650 000 habitantes(REGULO AGUSTÍ, 2006).

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste(PASSOS, 2006; SOUZA, 2007).

Em estudo de prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil a prevalência de hipertensão arterial encontrada na amostra estudada foi de 23,6% (IC95% 21,6 a 25,3) (COSTA, 2007).

Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG, as prevalências totais de HAS em cada sexo foram de 33,6% no masculino e de 35,1% no feminino(CASTRO, 2007).

5.2 Adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento é um aspecto muito importante no controle das doenças crônicas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no 2004, adesão é:

“[...] O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prestador de assistência sanitária”

Existem fatores que podem influir na adesão ao tratamento, los que podem estar em relação a:

-Ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico).

-À doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias).

-Às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima).

-Ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos).

-À instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento).

- Relacionamento com a equipe de saúde. (LIMA, 2010; GIORGE, 2006; ROCHA, 2008)

5.3 Hipertensão arterial em idoso.

Com o envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas de forma progressiva e dinâmica no indivíduo.

Alterações importantes das propriedades vasculares de aorta encontrasse entre essas alterações, o que favorecem a origem e progressão da hipertensão arterial sistêmica, entre elas podemos citar o aumento do seu diâmetro em 15% a 35% dos 20 aos 80 anos de idade, distorção da orientação laminar das fibras murais, fragmentação da elastina e aumento do conteúdo de colágeno, o que origina diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo, isso junto à arteriosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta. (IZZU, 2000)

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

A área de abrangência da UBS Denilma Bulhões possui a maior parte da população urbana, com 2166 habitantes que representam 55,5% do total.

Contando com a participação de todos os membros da equipe de saúde e de líderes da comunidade, foram realizadas várias reuniões de trabalho nas quais foram identificados os problemas que afetam a população.

Após a análise feita, a equipe de saúde teve ampla discussão e determinou os principais problemas sobre os quais poderiam trabalhar para melhorar a saúde da população.

Presença de um número importante de pacientes com hipertensão arterial, os quais não têm uma adequada adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco para aparição das complicações.

Alta prevalência de doenças mentais que poderiam estar relacionadas com a consanguinidade nas famílias e favorece o consumo indiscriminado de drogas psicotrópicas.

Falta de estrutura de área adequada para atividades recreativas.

Baixo nível de cultura higiênica Sanitária.

Alto índice de desemprego.

Os três últimos problemas a equipe considera muito importante a sua resolução, mas não tem governabilidade sobre eles.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Foram analisados os principais problemas que afetam a população, seguindo os critérios como: magnitude e gravidade do problema, os recursos disponíveis para a solução deles, características presentes na população, os resultados são expostos no seguinte quadro.

Quadro 4-Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da área adstrita. UBS Denilma Bolhões.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Alta incidência de hipertensão arterial | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Alto número de pacientes com doenças mentais | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Baixo nível de cultura higiênica alimentar e sanitária. | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Falta de estrutura de área adequada para atividades recreativas. | Alta | 5 | Fora | 2 |
| Alto índice de desemprego. | Alta | 4 | Fora | 3 |

O principal problema é a falta de adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco para aparecimento das complicações.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

Depois da análise feita pela equipe de saúde, considerando o impacto na mortalidade do município, as dificuldades no controle da doença, assim como o objetivo do trabalho, concordamos trabalhar em relação ao diagnóstico e controle da hipertensão arterial, como problema de saúde na área de abrangência, tendo em conta o fato de que dos 313 hipertensos cadastrados, 219 são idosos, tendo além disso, a dificuldade do baixo nível de escolaridade

dos mesmos, pois 134 deles não são alfabetizados, além disso, 45 moram sozinhos, o que torna difícil a adesão ao tratamento pois apresentam dificuldades para lembrar dos remédios e do horário para tomar os mesmos.

Quadro 5- Demonstrativo do nº idosos hipertensos por micro área da área adstrita UBS Denilma Bulhões.

| Micro Área | Hipertensos idosos | Residem sozinhos | Paciente e/ou cuidador Analfabeto | Não adesão ao tratamento | Não controlados |
|------------|--------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1Lourdes | 28 | 8 | 27 | 14 | 17 |
| 2Adriano | 59 | 9 | 13 | 23 | 27 |
| 3Veronica | 31 | 7 | 21 | 9 | 12 |
| 4Cicera | 30 | 6 | 24 | 6 | 11 |
| 5Luciana | 20 | 4 | 15 | 13 | 13 |
| 6Batira | 18 | 3 | 11 | 6 | 9 |
| 7Dema | 33 | 8 | 23 | 6 | 8 |
| Total | 219 | 45 | 134 | 71 | 97 |

Quarto Passo: Explicação do problema

Presença de um número elevado de pacientes com hipertensão arterial, os quais não têm uma adequada adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco para aparição das complicações.

Quinto passo: Identificação dos “nós críticos”

Foram definidos nós críticos da **falta de adesão ao tratamento** :

- Presença de hábitos e estilos de vida não saudáveis na população.
- Baixo nível de informação na relação a doenças crônicas.
- Desestrutura dos serviços de saúde.

Serão desenvolvidas atividades coletivas em cada um dos encontros planejados com os pacientes portadores de Hipertensão Arterial assim como seus familiares nas visitas domiciliares em relação com os temas.

- Fatores de risco da Hipertensão Arterial.
- Alimentação adequada do paciente hipertenso.
- Atividades físicas, efeitos no paciente com Hipertensão Arterial.
- Importância do controle da doença e prevenção das complicações.

Quadro 6 Planejamento para intervenção sobre nó crítico hábitos e estilos de vida inadequados relativo ao problema Falta de adesão ao tratamento da hipertensão artéria adstrita UBS Denilma Bulhões.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Hábitos e estilos de vida inadequados |
| Operação | Modificar hábitos e estilos de vida |
| Projeto | Desenvolver estratégia educativa |
| Resultados esperados | Diminuição do número de sedentários e sobrepesos no prazo de 1 ano. |
| Produtos esperados | Programa de caminhada orientada; Campanha educativa nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola. |
| Atores sociais/ responsabilidades | NASF e Equipe de Saúde da Família |
| Recursos necessários | Estrutural: Área desportiva, sala de espera do PSF. Cognitivo: Pessoal adepto às atividades físicas, pessoal de saúde com conhecimento do tema. Financeiro: para aquisição de recursos áudios-visuais Folhetos educativos, balança de adulto, medidor de pressão arterial.. |

| | |
|---|---|
| | Político: mobilização social e articulação inter - setorial com a rede de ensino |
| Recursos críticos | Político → Mobilização social inter-setorial com a rede de ensino médio e radio local. Financeiros → Para aquisição de meios áudio visuais, equipamentos esportivos, folhetos educativos, equipamento médico para avaliação dos pacientes. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: Apresentar e discutir o projeto./Favorável. |
| Ação estratégica de motivação | Não necessita pois os atores sociais estão motivados. |
| Responsáveis: | Equipe de saúde da família, NASF |
| Cronograma / Prazo | Primeiro semestre de 2015/ 6 meses. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Incremento de pacientes no grupo da Academia da Saúde/ porcentagem de novos pacientes incorporados as atividades e com controle do peso. |

Quadro 7 Operações sobre “nível de informação em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Denilma Bolhões em município Chã Preta, Alagoas.

| | |
|---------------------|---|
| Nó crítico 2 | Nível de informação em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica. |
| Operação | Aumentar o nível do conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis. |
| Projeto | Desenvolver estratégia educativa |

| | |
|---|--|
| Resultados esperados | Aumento do conhecimento,sobre hipertensão arterial e fatores de risco, sintomas, cuidados, prevenção das complicações. Diminuição do uso excessivo de sal, café e alimentos gordurosos. |
| Produtos esperados | Programa educativo nas palestras da sala de espera e rodas de conversa entre os grupos/escola. |
| Atores sociais/ responsabilidades | NASF, Equipe de Saúde da Família |
| Recursos necessários | Estrutural: Área de espera ou domicilio das pessoas afetadas pela doença. Cognitivo: Pessoal adestrado e com conhecimento do tema. Financeiro: para aquisição de recursos áudios-visuais Folhetos educativos. Político: mobilização social e articulação inter-setorial com a rede de ensino |
| Recursos críticos | Político → Mobilização social inter-setorial com a rede de ensino médio e radio local. Financeiros → Para aquisição de meios áudio visuais, folhetos educativos. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: adstrita/Favorável. |
| Ação estratégica de motivação | Apresentar e discutir o projeto de intervenção. |
| Responsáveis: | Equipe de saúde da família, NASF |
| Cronograma / | Primeiro semestre do 2015/ 6 meses |

| | |
|---|--|
| Prazo | |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliação mensal dos pacientes nas diferentes atividades da equipe, número de pacientes com controle da doença, monitoramento e controle dos agravos da hipertensão Arterial |

Quadro 8 Operações sobre “desestrutura dos serviços de saúde para atender a população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Denilma Bolhões em município Chã Preta, Alagoas.

| | |
|--|---|
| Nó crítico 3 | Desestrutura dos serviços de saúde para atender a população |
| Operação | Melhorar estrutura dos serviços para atender os pacientes portadores da Hipertensão Arterial |
| Projeto | Desenvolver estratégia do planejamento da atenção de pacientes hipertensos. |
| Resultados esperados | Aumento do número de pacientes com controle da doença. |
| Produtos esperados | Melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença. |
| Atores sociais/ responsabilidades | Equipe de Saúde da Família |
| Recursos necessários | Estrutural: Área de espera ou domicílio das pessoas afetadas pela doença. Cognitivo: Pessoal adequado e com conhecimento do programa de Hipertensão Arterial Financeiro: Aumento de exames, consultas e medicamentos. |

| | |
|---|---|
| | Político:decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços. |
| Recursos críticos | Político. → Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços. Financeiros → Aumento de exames, consultas e medicamentos. |
| Controle dos recursos críticos / Viabilidade | Ator que controla: Secretaria de saúde Motivação: favorável |
| Ação estratégica de motivação | Não é necessária |
| Responsáveis: | Prefeito Municipal Secretaria Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde |
| Cronograma / Prazo | Primeiro semestre do 2015/ 12 meses. |
| Gestão, acompanhamento e avaliação | Avaliação da realização e resultados dos exames estabelecidos no programa de Hipertensão Arterial, número de pacientes avaliados com complementares realizados. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Na população em estudo a HAS é mais frequente no sexo feminino, encontrando-se o maior número de casos em idades entre 60 e 69 anos.

A maior parte de nossos pacientes idosos hipertensos são avaliados nutricionalmente como eutróficos, mais existe um número importante no grupo de sobre peso, o sedentarismo foi o fator de risco mais frequente na população do estudo seguido pelo antecedente familiar da doença.

A maior parte de nossos hipertensos não faz o tratamento de forma estável, de igual forma a maioria não tem nível alimentar adequado.

A estratégia de intervenção proposta é fundamental na obtenção de uma melhor qualidade de vida da população da área de abrangência.

A implementação deste projeto melhorará adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, o controle da doença, diminuindo assim aparição de complicações e mortalidade por causas relacionadas a ela.

Aumentar atividade física sistemática na população para melhora da saúde e qualidade de vida ao promover redução do risco cardiovascular.

Propor atendimento humanizado e esclarecedor a população adotando várias estratégias tendo em conta condições próprias da área de abrangência.

Lograr adoção de dieta saudável pela população como restrição de sal e consumo de gorduras .

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Heloísa Helena Moreira de Moraes et al . Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica em pacientes idosos atendidos em uma unidade de saúde. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 21, n. 3, set. 2007 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 Set. 2014.

Cadernos de Atenção Básica-n.0 19 **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. 1ª edição.1ª reimpressão. Brasília – DF 2013 p-71.

CASTRO, Roberta Avelar Araújo de; MONCAU, José Eduardo Cajado; MARCOPITO, Luiz Francisco. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 3, mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 20 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000300013>.

CERCATO, Cintia et al . Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arq. Bras. EndocrinolMetab**, São Paulo , v. 44, n. 1, Feb. 2000 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000100008&lng=en&nrm=iso>. acessado em 22 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302000000100008>.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al . Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 1, jan. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 20 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000100010>.

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, 2010 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600011&lng=en&nrm=iso>. acessado 19 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600011>.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.13, n.1, p.47-50, 2006.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 100, n. 4, abr. 2013 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000400008&lng=en&nrm=iso>. acessado 19 set. 2014. Epub Mar 22, 2013. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130046>.

GUS, Iseuet al . Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 83, n. 5, Nov. 2004 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001700009&lng=en&nrm=iso>. acessado 19 feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001700009>.

IZZO JL, Levy D, Black HR. **Importance of systolic blood pressure in older americans**. *Hypertension* 2000; 35:1021-4.

JARDIM, Paulo César B. Veiga et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 88, n. 4, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 20 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400015>.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SOLER, Orenzio. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. Ver **Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua , v. 1, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 19 agost. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200014>

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBAO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, May 2012. Availablefrom<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030&lng=en&nrm=iso>. acessado em 21 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500030>.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. A Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 3, Sept. 2005 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

21002005000300007&lng=en&nrm=iso>. acessado em 19 agost. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000300007>.

Organização Mundial de saúde. Aderência às terapias a longo prazo: evidência para a ação. Washington: Quem; 2004. 199 p.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacionalHypertension in Brazil: estimatesfrompopulation-basedprevalencestudies. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 19 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>.

PICCINI, Roberto Xavier et al .Promoción, prevención y cuidado de La hipertensión arterial en Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 3, Jun 2012 . Availablefrom<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 18 Set. 2014. EpubAbr 17, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910201200500027>.

REGULO AGUSTÍ, C. Epidemiologia da hipertensão arterial no Peru. **ACTA med. Peruana**, Lima, v. 23, n. 2, maio de 2006. Disponível em <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005&lng=es&nrm=iso>. acessado em 20 de fev. 2015</http:>

ROCHA, Cristiane Hoffmeister et al . Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. p. 703-710, Apr. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700020&lng=en&nrm=iso>. acessado em 12 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700020>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **ArqBrasCardiol**. 2010; 95(1-supl.1):1-51.

SOUZA, Ana Rita Araújo de et al . Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 4, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 19 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000400013>.

VITOR, AllyneFortes et al . Perfil de las condiciones del seguimiento terapêutico en pacientes com hipertensión. **Esc. Anna Nery**,Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, Jun 2011 . Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452011000200006&lng=en&nrm=iso>. acessado 19 Feb. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200006>