

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

LARA QUEIROZ PIMENTA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Uma proposta para
melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento no município de
Belo Oriente/MG**

IPATINGA/ MG

2014

LARA QUEIROZ PIMENTA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Uma proposta para melhorar a adesão
dos pacientes ao tratamento no município de Belo Oriente/MG**

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

Orientadora: Professora Maria José Moraes Antunes

IPATINGA/ MG

2014

LARA QUEIROZ PIMENTA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Uma proposta para melhorar a adesão
dos pacientes ao tratamento no município de Belo Oriente/MG**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter me mostrado o caminho certo a seguir, com fé. A mim, pela sabedoria e determinação em alcançar esse sonho. Aos meus pais Geralda Luiza de Queiroz e Cleiber Pimenta, por sempre terem acreditado em meu potencial. Ao meu irmão Cleiber Pimenta Júnior, familiares, amigos e professores pelo carinho e incentivo.

RESUMO

Trata-se de revisão de literatura, com o objetivo de identificar os motivos relacionados a não adesão ao tratamento dos portadores de hipertensão, assim como descrever práticas educativas efetivas que estimulem o cuidado da equipe da Saúde da Família aos pacientes hipertensos, seguida de proposta de Intervenção capaz de melhorar a adesão ao tratamento contínuo, dos pacientes hipertensos da ESFIII - Esperança, em Belo Oriente, Minas Gerais. A metodologia constou de revisão bibliográfica, priorizando textos que permitissem elucidar o problema e seus nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados; baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial, analfabetismo e baixa escolaridade dos pacientes. Esses “nós críticos” nortearam o referido estudo, constituído da seleção e análise de publicações relativas ao tema. Como resultado foram definidas metas e ações fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, caracterizando a Proposta de Intervenção. As metas principais são: aumentar a conscientização do paciente e seus familiares sobre a existência do problema, relacionado à hipertensão arterial e melhorar a adesão constante e uso adequado da prescrição medicamentosa. Concluiu-se que a adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes na Saúde da Família depende da adoção de processos terapêuticos medicamentosos e não medicamentosos adequados e contínuos. Entre eles estão a adoção de práticas educativas efetivas individuais e coletivas, operacionalização de grupos operativos, estímulo à prática de hábitos de vida saudáveis, envolvendo a realização de atividades físicas, sociais, espirituais. O envolvimento de toda a equipe da saúde da família é indispensável para o controle da Hipertensão na atenção básica no SUS.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Adesão ao tratamento. Estratégia saúde da família. Planejamento em saúde. Prática educativa em saúde.

ABSTRACT

This is a literature review in order to identify the reasons related to noncompliance with treatment of patients with hypertension and to describe effective educational practices that encourage the health care team of the Family for hypertensive patients, followed by proposed intervention to improve adherence to continuous treatment of hypertensive patients ESFIII - Hope in Belo Oriente, Minas Gerais. The methodology consisted of a literature review, prioritized texts that allow elucidate the problem and its critics us, habits and styles of inadequate life; low level of information about the population of Hypertension, illiteracy and low education of patients. These "critical nodes" guided to the study, consisting of selection and analysis of publications about the topic. As a result were defined goals and key actions to improve adherence to antihypertensive treatment, featuring Intervention Proposal. The main goals are: Increase awareness of patients and their families about the existence of the problem related to high blood pressure and, accession constant and proper use of prescriptions. It was concluded that adherence to treatment of hypertension patients in the Family Health depends on the adoption of drug therapy processes and not adequate, continuous medication. These include the adoption of individual and collective effective educational practices, operational operational teams, I encourage the practice of healthy lifestyle involving physical activities, social, spiritual. The involvement of the whole family health team is essential for the control of hypertension in primary care in the SUS.

Key words: Hypertension. Adherence to treatment. The family health strategy. Health planning. Educational practice in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CMS- Conselho Municipal de Saúde

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MG- Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SF - Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Geral	12
3.2 Específicos	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1 Enfrentamento das causas da baixa adesão ao tratamento da Hipertensão	21
5.1.1 Hábitos alimentares	21
5.1.2 Estilos de vida da população (sedentarismo)	21
5.1.3 Á falta ou pouco conhecimento sobre a doença e seus riscos para a saúde	22
5.1.4 Abordagem terapêutica inadequada da equipe	23
5.2 Práticas educativas efetivas que estimulem o cuidado efetivo da equipe da SF aos pacientes hipertensos	25
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

O Município de Belo Oriente localiza-se no interior do Estado de Minas Gerais/MG, região sudeste do país, pertencente à macrorregião do Vale do Rio Doce e a microrregião de Ipatinga, capital metropolitana do Vale do Aço, localizada a leste da capital (Belo Horizonte) do estado.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população do município foi contada em 25.026 habitantes no censo de 2010, sendo o 151º município mais populoso do estado, com um número aproximado de 6074 famílias (BRASIL, 2013).

Todo o território do município é coberto pelo PSF (Programa Saúde da Família), totalizando em oito equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família), distribuídas da seguinte forma: uma equipe de PSF em São Sebastião de Braúnas; três equipes de PSF em Perpétuo Socorro; uma equipe de PSF em Esperança; uma equipe de PSF em Bom Jesus do Bagre e duas equipes de PSF em Belo Oriente-Sede. Existem ainda cinco equipes de Saúde Bucal; duas de modalidade I; três de modalidade II e uma equipe do NASF.

A terceira Equipe de Saúde da Família (ESF) Esperança, onde trabalho, atende a uma população de 2.410 habitantes, sendo 1.151 homens e 1.259 mulheres em 783 famílias. Possui 350 (14,52%) hipertensos cadastrados (SIAB, 2014).

A equipe avalia como causas do alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nos indivíduos da área adscrita:

- Inadequados hábitos alimentares,
- Não adesão ou baixa adesão dos pacientes ao tratamento correto, que podem estar relacionadas ao analfabetismo.
- Estilos inadequados de vida da população (prevalece o sedentarismo).
- À falta ou pouco conhecimento sobre a doença.

- O “silêncio” dos sintomas da doença gerando aspectos culturais de desvalorização da sua evolução.

A partir deste diagnóstico situacional, a equipe priorizou enfrentar os nós críticos do problema: a inadequação dos hábitos e estilos de vida; reduzido acesso à informação; crenças populares e analfabetismo.

Ressalta-se que a estrutura física da unidade não está de acordo com as normas do Ministério da Saúde; apresenta recepção pequena, consultório médico sem banheiro. Por ser um local pequeno e adaptado para o funcionamento, não é possível manter os materiais e utensílios muito organizados.

A Secretaria Municipal de Saúde está com um projeto em andamento para a construção da unidade dentro dos padrões oficiais, para melhor acolhimento da população, acomodação dos profissionais e funcionamento da unidade.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela importância de melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, assim se faz necessário conhecer os aspectos relacionados a essa patologia.

A falta de aderência ao tratamento constitui sério problema de saúde pública e deve ser entendida como uns dos principais obstáculos ao sucesso do tratamento da HAS (BERTOLI, 2012). Os profissionais da atenção básica têm papel fundamental na elaboração de estratégias para manter a motivação do paciente para não abandonar o tratamento.

É por meio da equipe multiprofissional preparada e qualificada que se estabelece o vínculo permanente entre usuário e equipe de saúde. A finalidade deste estudo é contribuir para que isso ocorra na atenção à população hipertensa da área de abrangência da ESF Esperança. Busca elaborar estratégias para melhorar e incentivar a adesão dos pacientes portadores de hipertensão ao tratamento contínuo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento contínuo, dos pacientes hipertensos da ESF Esperança, em Belo Oriente, Minas Gerais

3.2 Específicos

- Identificar estratégias para enfrentar as causas para baixa adesão ao tratamento contínuo pelos pacientes hipertensos, identificados no diagnóstico situacional realizado na unidade.
- Descrever métodos de práticas educativas efetivas que estimulem o cuidado efetivo da equipe da SF aos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

Após o desenvolvimento das estratégias, foi realizada uma análise para identificar aquele problema considerado como mais importante para ser resolvido pela ESF, mediante a elaboração e execução de um plano de intervenção, uma vez que dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo.

A intervenção nos “nós críticos”, segundo Cardoso, Faria e Santos (2008) impacta no problema principal e efetivamente podem transformá-lo; ou algo que podemos intervir dentro das nossas possibilidades. Priorizado o problema da baixa adesão ao tratamento de hipertensão, definiu-se como “nós críticos” passíveis de intervenção mais direta da equipe:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial.
- Analfabetismo e baixa escolaridade dos pacientes.

Esses “nós críticos” nortearam a metodologia de revisão bibliográfica, constituída por seleção e análise de publicações relativas ao tema escolhido. Todo material coletado foi selecionado a partir de consultas realizadas na Web, como o banco de dados do IBGE, do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de saúde de Belo Oriente/MG e artigos científicos encontrados nos sites de busca como: *ScientificElectronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Manuais do Ministério da Saúde e outros.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial, adesão ao tratamento, prevenção, estratégia saúde da família, planejamento e práticas educativas em saúde.

Buscaram-se textos publicados a partir do ano 2000. As informações contidas nos dados do diagnóstico situacional da USF e nos artigos selecionados serviram de base prática, teórica e científica para o desenvolvimento de do

plano de intervenção. Para a elaboração do Plano foram utilizados os passos descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2008).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão arterial é uma síndrome clínica que se caracteriza pela elevação da pressão arterial (PA) em níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica, obtidas através de pelo menos duas aferições sendo uma seguinte a outra, realizadas em dias diferentes, em repouso e ambiente tranquilo. Geralmente, é uma doença silenciosa, que não provoca sintomas, mas pode levar à morte (SILVA; SOUZA, 2004).

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 234).

A medida da PA é de fundamental importância “para o diagnóstico da hipertensão, devendo ser realizada por profissionais da saúde devidamente orientados e preparados para a obtenção de valores corretos durante os atendimentos” (PALOTA, 2010, p.17).

Existem vários métodos para a avaliação da PA, dentre eles se destaca a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA). É uma técnica que permite obter medidas indiretas múltiplas durante 24 horas enquanto o paciente realiza suas atividades diárias, através de um equipamento instalado no indivíduo. Além disso, possibilita estudar o padrão normal da pressão arterial, as lesões em órgãos alvos, o prognóstico de eventos cardiovasculares e mortalidade e a análise da eficácia do tratamento anti-hipertensivo (SBC, 2011).

“O método direto fornece a pressão direta ou intra-arterial e por ser invasivo exige equipamentos sofisticados”. O método indireto o mais simples e o mais empregado, utiliza a técnica auscultatória com estetoscópio. “A medida da PA esta sujeita a erros que podem estar relacionados” ao observador, ao

equipamento utilizado, ao paciente, o local e a técnica propriamente dita (PALOTA, 2010, p.17).

No que se refere à doença, possui caráter assintomático, o que traz 2 complicadores: o seu diagnóstico pode ser tardio, e o negligenciamento ao tratamento ou a baixa adesão por parte do paciente. Quando não tratada pode causar sérios danos à saúde, devido as suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica (BRASIL, 2006).

“Um controle eficaz da hipertensão evita ou impede a maioria dessas complicações e prolonga a vida desses pacientes” (UNGARI, 2007, p.18).

Vários fatores de risco podem contribuir para o agravamento da HAS, estes são classificados em modificáveis e não-modificáveis, conforme a proposta terapêutica. Incluem-se como fatores de risco modificáveis o sedentarismo, o alcoolismo, o tabagismo, as dislipidemias, a obesidade e o elevado consumo de sal. Entre os não modificáveis estão, a história familiar, o sexo, a raça, a idade, sendo a prevalência da HAS maior na população idosa (VIEIRA, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil, estima-se que na população brasileira são encontrados cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, sendo 35% da população a partir dos 40 anos de idade, esse número cada vez mais crescente, e o seu aparecimento mais precoce (BRASIL, 2006).

A importância como problema de saúde pública justifica-se também em seu difícil controle, visto que há muito tempo tem sido um grande desafio para os governos e profissionais da saúde (REINERS, 2005).

A hipertensão arterial e suas complicações são também responsáveis pela alta frequência de internações. Sendo a insuficiência cardíaca a principal causa entre as doenças cardiovasculares. De acordo com os dados do Ministério da

Saúde ocorreram 1.180.184 internações por afecções cardiovasculares em 2005, com custo global de cerca de R\$ 1,3 milhões (SBH, 2006).

Para Silva (2010), as dificuldades de controle da hipertensão arterial estão relacionadas às características da doença, por ser de caráter assintomático, crônico, evolução lenta, faz com que os portadores considerem como algo que não precise ser tratado, assim não sente a necessidade de modificar seus hábitos de vida. Portanto, é imprescindível a adesão ao tratamento.

Definir e conceituar adesão e não adesão ao tratamento é algo complexo, muito influenciado pelo meio ambiente, pelo sistema de saúde e pelos cuidados de assistência médica. Essa questão tem sido discutida e estudada por profissionais da saúde por ser um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento (UNGARI, 2007).

O conceito adesão varia entre diversos autores, para Girotto *et al.* (2013) é compreendido como o uso dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, dose, tempo de tratamento.

Palota (2010) caracteriza-se “adesão ao tratamento” quando o conselho médico ou de profissional de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, isto é, este segue as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparece as consultas médicas. Tal definição significa concordância do paciente com as recomendações incluindo o conhecimento das alternativas terapêuticas e a participação nas decisões sobre seu tratamento.

A Organização Mundial de Saúde define adesão ao tratamento como “o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações realizadas pelos profissionais da saúde” (CARDOSO, 2011, p. 14).

Para Taveira (2005), os problemas de adesão não são fáceis de detectar e quantificar. Lista os principais como: intenção, participação nos serviços de saúde, responsabilidade e colaboração.

O tratamento é por toda a vida e tem por objetivo reduzir as complicações inerentes à doença, evitar descompensações que coloquem o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, existem as medidas farmacológicas e não farmacológicas (mudanças no estilo de vida), que serão avaliadas de acordo com critérios médicos (LOPES, 2010).

A adesão é a principal determinante para a efetividade do tratamento. Araújo (2010, p. 19) compreende a adesão ao tratamento anti-hipertensivo como:

Um fenômeno que envolve a participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada como um atributo crítico, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como um sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

Contudo, é evidenciado um alto índice da não adesão do paciente hipertenso ao tratamento; assim estudos vêm sendo realizados para identificar os motivos dessa não adesão em vista a desenvolver estratégias para aumentar a aderência ao tratamento da hipertensão arterial.

Estudo de Lima, Meiners e Soller (2010) registra que vários fatores estão relacionados à adesão ou não adesão ao tratamento como aqueles relativos:

- aos pacientes (sexo, idade, etnia, escolaridade, nível socioeconômico);
- à doença (ausência de sintomas, cronicidade, complicações);
- ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos)– ao compromisso e preparo da equipe de saúde.

Da mesma forma, o trabalho de Reiners (2005) classifica os fatores que interferem na adesão ao tratamento do hipertenso como, a complexidade em seguir o regime terapêutico, os custos financeiros, a baixa escolaridade e nível socioeconômico, ausência dos sintomas e consequências tardias,

desconhecimento sobre o problema, contexto familiar, crenças, aspectos culturais, hábitos de vida.

Em relação ao acolhimento na unidade, aponta a distância ao acesso do serviço de saúde, o tempo de espera para o atendimento, e por fim, os referentes ao relacionamento e envolvimento inadequado com a equipe de saúde.

Estudo com hipertensos para identificar os motivos do abandono ao tratamento, de Mion e Pierin (1996, *apud* UNGARI, 2007, p. 29), mostrou como principais resultados:

Em relação aos medicamentos, alto custo (89%), tomar várias vezes ao dia (67%) e efeitos colaterais (54%); (...) quanto à doença, desconhecimento da gravidade (50%) e ausência de sintomas (36%); (...) quanto a conhecimentos e crenças, só tomam medicamentos quando a pressão esta alta (83%), (...o não cuidam da saúde (80%), esquecem-se de tomar os medicamentos (75%), desconhecem a cronicidade (70%) e complicações da doença (70%); e quanto a relação médico-paciente, falta de convencimento para tratar-se (51%) e relacionamento inadequado (20%).

Assim, os fatores envolvidos na adesão ao tratamento da HAS envolvem diferentes aspectos. Apesar do foco central do processo ser o portador de HAS, é visto que a adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do portador da doença, do profissional e do sistema de saúde. Sendo necessária uma ação conjunta para que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja alcançada (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

As medidas essenciais que os profissionais da rede atenção básica devem introduzir para o controle da hipertensão arterial são: a definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, a informação e educação do paciente hipertenso para estimulá-lo a seguir o tratamento (BRASIL, 2006).

Muitas referências se fazem à interação entre o profissional de saúde e o cliente como um fator que contribui para a adesão ao regime terapêutico. O artigo de Sarquis *et al.* (1998, *apud* ARTIOLI *et al.*, 2010) enfatizam que a meta

primordial das ações das equipes de saúde deve ser a de buscar aperfeiçoar a adesão do hipertenso ao tratamento.

Diante disso, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), propôs objetivos para programas e políticas de controle de hipertensão arterial no país:

- Reduzir complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão;
- Reduzir a prevalência da doença hipertensiva;
- Aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial;
- Garantir acesso dos hipertensos aos serviços básicos de saúde, com resolubilidade, e
- Incentivar políticas e programas comunitários.

Ungari (2007, p. 22) afirma:

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não-medicamentosas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos.

Estudo de Palota (2010) aponta que as orientações não farmacológicas são tão importantes quanto à terapêutica farmacológica. Alerta que o tratamento da HAS envolve um processo contínuo de ensinamentos para introduzir mudanças de hábitos de vida. Porém essa implementação é lenta, e deve ser acompanhada de medidas educativas que tenham continuidade.

Lupatini *et al.* (2008, *apud* PALOTA, 2010) relatam que mudar a forma de viver para uma vida saudável, alterando os hábitos alimentares e adotando práticas de atividade físicas podem ocasionar o afastamento ou abandono de velhos espaços cotidianos de lazer e convivência; a equipe deve dar suporte nestas circunstâncias.

5.1 Enfrentamento das causas da baixa adesão ao tratamento da Hipertensão

5.1.1 Hábitos alimentares

Hipertensos com excesso de peso devem emagrecer, a perda de 10 Kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo a medida não-medicamentosa de melhor resultado. Uma dieta baseada com baixa caloria e alto gasto energético através de atividades físicas, são fundamentais para a perda de peso (LOPES; BARRETO; RICCIO, 2003).

A dieta do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. Uma dieta hipossódica pode reduzir a pressão arterial sistólica em 2 a 8 mmHg. Não há restrições quanto à ingestão de vinagre, limão, azeite de oliva, pimenta e ervas. O potássio e magnésio são obtidos através da ingestão de feijões, banana, melão, cenoura, beterraba, ervilhas, vegetais verdes escuros, frutas secas, batata inglesa, tomates e laranja. O cálcio, através do leite e seus derivados, como iogurtes desnatados e os queijos brancos (AMODEO; LIMA, 1996).

Estudo de Rondon e Brum (2003) considera como padrões alimentares adequados: ter uma dieta rica em vegetais, frutas, fibras, grãos, verduras, alimentos com baixa densidade calórica e teor de gorduras, limitação da ingestão de sal, álcool, evitar doces, frituras e derivados do leite integral.

5.1.2 Estilo de vida da população (sedentarismo)

As pessoas sedentárias quando comparadas a pessoas fisicamente ativas apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão. Estudos têm demonstrado que o exercício físico bem planejado e orientado de forma correta é capaz de diminuir a pressão arterial (LOPES; BARRETO; RICCIO, 2003).

De acordo com Rondon e Brum (2003), o treinamento físico aeróbico provoca redução de 11 mmHg e 8 mmHg na pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente. Isto é, um programa adequado de exercícios físicos reduz significativamente a pressão arterial em pacientes portadores dessa patologia.

Assim, recomenda-se a prática regular de atividades físicas a hipertensos. Barbosa *et al.* (2012, p.10) afirmam:

A prática de atividade física regularmente tem como princípio melhorar a condição física e a saúde, pois melhora o funcionamento do organismo, reforçando a função circulatória, muscular, pulmonar, óssea e as articulações. Além disso, auxilia na redução e/ou manutenção do peso corporal e, sobretudo contribui para a prevenção de doenças crônicas.

A implantação do Programa das Academias da Saúde (BRASIL, 2014) favorece a equipe o incentivo e o acompanhamento das atividades físicas pelos hipertensos.

5.1.3 A falta ou pouco conhecimento sobre a doença e seus riscos para a saúde

O controle da pressão arterial é um grande desafio para os profissionais da saúde, vários fatores interferem na adesão ao tratamento, dentre eles se destaca a falta de conhecimento do paciente sobre a doença e os riscos para a saúde (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012).

Considerando-se essa problemática em questão, é importante que a equipe multiprofissional trabalhe a conscientização dos indivíduos na construção de conhecimentos sobre HAS, visando informar, orientar e esclarecer sobre os agravos à saúde, terapias medicamentosas e não-medicamentosas. Além disso, se informar sobre o grau de conhecimento por parte do paciente (BARBOSA *et al.*, 2012).

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da

introdução de mudanças de hábitos de vida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 17)

A aquisição do conhecimento é fundamental. Para que essa implementação seja efetiva são necessárias medidas educativas de continuidade. Devem ser promovidas por ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas objetivando a ampliação do campo de ação, melhor relação custo-benefício, assim, são mantidas em longo prazo (SBC, 2006).

O trabalho da equipe multiprofissional deve ser realizado em vista a oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, oferecendo-lhes conhecimento e motivação para vencer desafios e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com bases nos riscos relativos à doença (SILVA *et al.*, 2006).

Para Ungari (2007, p.35) “quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre o seu problema, maior a possibilidade de seu comprometimento efetivo no auto-cuidado e, portanto, maior sua chance de sucesso”.

Outra dificuldade encontrada na adesão ao tratamento é o analfabetismo, a falta de capacidade de ler a forma correta de uso das medicações no receituário ou de identificar na caixa ou cartela o remédio que deve usar, gera o uso incorreto das drogas, assim conseqüentemente leva ao fracasso do tratamento (CASTRO, 2011).

Neste contexto, pesquisas revelam a necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde para possibilitar o uso medicamentos de forma correta a esses pacientes, as estratégias utilizadas envolvem a representação lúdica da posologia em caixas ou envelopes (SILVA; SANTOS, 2010).

5.1.4 Abordagem terapêutica inadequada da equipe

Após a confirmação diagnóstica de HAS, o profissional de saúde deve tomar a decisão terapêutica, que deve levar em conta a estratificação de risco, os valores da pressão arterial, presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões em órgãos alvos, doenças cardiovasculares e, finalmente a meta mínima de valores da pressão arterial a ser atingida com o tratamento (SBC, 2006).

A estratégia terapêutica deverá ser realizada de forma individualizada, de acordo com as características de cada paciente, estudos apontam de forma evidente que um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico (UNGARI, 2007).

Estudo de Kauling (2013) relata que pacientes saem do consultório com dúvidas sobre as orientações, inclusive sobre as medicações, isso se dá devido ao grande número de fármacos envolvidos no tratamento, a maneira de abordagem por parte dos profissionais, baixo nível de conhecimento do paciente, principalmente idosos e analfabetos.

Assim entende-se a necessidade de educação em saúde, processo que permite a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos. O profissional de saúde que matem uma postura de escuta atenta, esta aberto ao saber do outro, utiliza formas claras de linguagem, consegue assim a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e formas de cuidado diferenciadas, gerando o entendimento do paciente em relação ao seu tratamento e adesão (KAULING, 2013).

Estudo de Bertoli (2012) revela que para o controle da HAS, é preciso que o paciente siga de forma rigorosa a proposta terapêutica empregada, seja dedicado, que tenha paciência e tempo para buscar e receber as informações adequadas. Assim como é fundamental que os profissionais de saúde envolvidos estejam capacitados ao acolhimento e atendimento dessa demanda de pacientes.

Para Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) a sociedade é composta por diferentes grupos sociais, diante disso os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos comuns, assim as suas necessidades de saúde específicas precisam ser conhecidas, para que os profissionais empreguem processos terapêuticos adequados. É imprescindível que a prática educativa seja vinculada a uma proposta de transformação social educacional, ainda ressalta que os usuários de saúde não são apenas consumidores, são, além disso, agentes produtores do processo educativo.

É essencial que a equipe de saúde conheça o seu paciente, suas condições de vida e domicílio, repasse as informações à comunidade, seja capaz de perceber mudanças, se há adesão ao tratamento da HAS, identificar grupos de risco, levantar novos casos e realizar busca ativa de faltosos (BRASIL, 2001).

5.2 Práticas educativas efetivas que estimulem o cuidado efetivo da equipe da SF aos pacientes hipertensos

Diferentes estudos têm demonstrado a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento e melhor controle da HAS. Assim o aumento da adesão ao tratamento e a adoção de hábitos saudáveis de vida estão diretamente associados ao desenvolvimento de ações de educação em saúde. Estas estratégias são propostas pelas Equipes de Saúde da Família por meios dos chamados grupos operativos (MARÇAL, 2010).

Segundo Ritter *et al.* (2009, p. 03), o grupo operativo tem por objetivo:

Mobilizar um processo de mudança, que passa fundamentalmente pela diminuição dos métodos básicos da perda e do ataque. Assim, fortalece o grupo, levando-o a uma adaptação ativa à realidade, rompendo estereótipos, redistribuindo papéis, elaborando lutos e vencendo a resistência a mudanças.

A educação em saúde é a forma mais eficaz para capacitar a população para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, é necessário que o usuário participe ativamente desse processo de mudança (MARÇAL, 2010).

Segundo Pereira *et al* (2009, *apud* MANOEL; MARCON; BALDISSERA, 2013, p. 404): “medidas educativas são apontadas como importantes estratégias de prevenção e acompanhamento que visam à melhoria da saúde e da qualidade de vida, além de colaborar com a diminuição das complicações e dos custos assistências decorrentes dessas doenças”.

Nesse sentido é imprescindível o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com grupos, ampliação do conhecimento e da capacidade de comunicação efetiva, considerando esses preceitos o profissional deve ser capacitado, seu conhecimento atualizado.

A linguagem utilizada nas reuniões deve ser clara para o entendimento de todos os participantes, respeitando-se os diferentes níveis de conhecimento. Contudo ressalta-se a importância da participação do paciente, mudando de uma perspectiva tradicional baseada na imposição para um modelo de abordagem na participação comunitária (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Outra metodologia eficaz de acordo com estudos realizados é o emprego dos Grupos Focais, que tem sido usado na área da saúde a partir da segunda metade dos anos 80. Essa técnica é utilizada para a coleta de dados, é uma forma de entrevista com grupos, a partir de uma única pergunta, baseada na comunicação e interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um assunto específico, em busca de informações que possam proporcionar aos participantes a manifestação sobre suas percepções e seus pontos de vista (TRAD, 2009).

É importante que os encontros proporcionem um clima de acolhimento e apoio que permita aos participantes a expressão de seus medos e expectativas. A troca de informações e vivências faz com que os participantes se identifiquem com outros com problemas semelhantes e aprendam a lidar com a doença a partir das experiências mútuas (MARÇAL, 2010, p. 20).

Por meio dela pode-se capacitar os indivíduos para o desenvolvimento de habilidades individuais para lidar com o seu processo de saúde-doença. E o uso da técnica de grupos operativos tem se mostrado um instrumento efetivo na educação para a saúde de adultos (REZENDE, 2011).

A educação em saúde é parte essencial nas ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde nas ações básicas de saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito na metodologia, a ESF III – Esperança selecionou como “nós críticos” as situações na qual a equipe possa intervir com uma ação mais direta, tendo impacto relevante sobre o problema escolhido. São eles:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial.
- Analfabetismo e baixa escolaridade dos pacientes.

Para tentar dissolvê-los, a terceira Equipe de Saúde da Família – Esperança do município de Belo Oriente/MG, conseguiu identificar metas e ações fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, são elas:

Meta 1: - Aumentar a conscientização do paciente e de seus familiares sobre a existência do problema, relacionado à hipertensão arterial:

Ação: Implantação de práticas educativas em saúde, orientando sobre os aspectos relacionados à doença, seus riscos/complicações para a saúde, promovendo a conscientização do paciente sobre a necessidade do tratamento, seus benefícios, a importância da sua participação, da mudança dos hábitos de vida;

Meta 2 : - Adesão constante e uso adequado da prescrição medicamentosa.

Ação 1 : Orientação detalhada do regime terapêutico, de forma didática, para melhor compreensão do paciente (descrever comprimidos, o tamanho, a cor e seus horários);

Ação 2 :Monitoramento do tratamento através de visita domiciliares, consultas individuais e coletivas;

Ação 3: Realizar busca de faltosos e priorizar seu tratamento e acompanhamento

Ação 4: Planejamento junto ao paciente sobre seu tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, com avaliação minuciosa do melhor esquema terapêutico a ser adotado, assim como as prescrições médicas;

Ação 5: Organização do sistema de assistência, bem como o treinamento dos profissionais para oferecer atenção centrada no paciente.

Ação 6: Articular com secretaria municipal de educação ações de erradicação do analfabetismo específicas para os pacientes e moradores da área de abrangência da UBS Esperança.

Ação 7: Implantar uma academia de saúde na região, buscando apoio das organizações sociais se necessário.

Ação 8: Utilizando o calendário das festas regionais e nacionais realizar atividades comemorativas específicas para os pacientes hipertensos, com ênfase na prevenção de agravos e controle da hipertensão, estímulo à adesão aos tratamentos e de promoção da saúde.

Estas ações iniciais serão implementadas com o acompanhamento de toda a equipe em reunião semanal da equipe. E serão alteradas e ampliadas sempre que necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS constitui um grave problema de saúde Pública no país, possui carácter complexo e quando não tratada causa sérios danos à saúde, devido as suas complicações, como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica. A má adesão ao tratamento anti-hipertensivo é outro problema relevante e representa um desafio para os profissionais de saúde.

Vários fatores estão relacionados a não adesão ao tratamento, aspectos relativos ao paciente (sexo, idade, etnia, escolaridade, nível socioeconômico); à doença (ausência de sintomas, cronicidade, complicações); ao tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos) e ao compromisso e preparo da equipe de saúde.

Assim, o sucesso da adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes na Saúde da Família depende da adoção de processos terapêuticos medicamentosos e não medicamentosos adequados e contínuos.

Entre eles estão a adoção de práticas educativas efetivas individuais e coletivas, operacionalização de grupos operativos, estímulo à prática de hábitos de vida saudáveis, envolvendo a realização de atividades físicas, sociais, espirituais.

O acompanhamento individual e contínuo da adesão ao tratamento, com o envolvimento de toda a equipe da saúde da família é indispensável para o controle da Hipertensão na atenção básica e na saúde da família no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMODEO, Celso; LIMA, Nereida Kilza da Costa. Tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 29, p. 239-243, abr/set, 1996. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n2e3/tratamento_nao_medicamentoso_ha.pdf>. Acesso em out. 2014.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006.

ARAÚJO, Kátia Gualberto. **Plano de Intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em Idosos no PSF São Jerônimo – Município de Teófilo Otoni-MG**, Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Teófilo Otoni, 2010, 28p.

BARBOSA, Celivane Cavalcanti et al. Hábitos alimentares utilizados no tratamento dos usuários adultos hipertensos e/ou diabéticos da comunidade do Alto da Brasileira, Recife – PE. **Revista Ciências Médicas**, Pernambuco, v. 08, n. 02, p. 10, 2012. Disponível em: <<http://revistacienciasmedicaspe.com.br/site/index.php/revistacienciasmedicaspe/article/viewFile/244/229>>. Acesso em 14 out. 2014.

BERTOLI, Marília Pagani. **Elaboração do Plano de Intervenção para Pacientes Hipertensos**, Campos Gerais, p. 15, ago, 2012. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3825.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2014.

BRASIL. IBGE. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados referentes ao município de Belo Oriente/MG, 2013. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em 30 jul.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Hipertensão arterial Sistêmica. 1ª. ed. Brasília: MS, nº. 15, p. 01-51, 2006. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em 30 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Programa da Academia da Saúde. Disponível em :<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/academia-da-saude-svs>>. Acessado em 26 de out de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Controle da Hipertensão Arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**, Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 2001.

CARDOSO, F.C.; FARIA, H. P de; SANTOS, M. A. dos. **Módulo 3: Planejamento e Avaliação das ações de Saúde**, Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.

CARDOSO, Gustavo Nogueira. **Além da Prescrição: A má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**, Governador Valadares, p. 01-27, set., 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2925.pdf>>. Acesso em out. 2014.

CASTRO, Fúlvio Eugênio Motta de. **Estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos analfabetos da Equipe de Saúde da Família I da Unidade Básica de Saúde Alcides Lins**, Belo Horizonte, p. 01-30, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2921.pdf>>. Acesso em nov. 2014.

GAZZINELLI, Maria Flávia et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 200-206, jan/fev, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>>. Acesso em 11 out. 2014.

GIROTTTO, Edmarlonet al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 06, p.1763-1772, 2013.

KAULING, Greice Peplau et al. Utilização de medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos Agentes Comunitários de Saúde às famílias. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 01, p. 44-55, mar, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/101/utilizacao.pdf>. Acesso em nov. 2014.

LIMA, Tácio de Mendonça; MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo; SOLLER, Orenzio. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 01, n. 02, p. 113-120, mai, 2010. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a14.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2014.

LOPES, Kelly Menezes. **Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo – Uma Revisão Bibliográfica**, Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Janaúba, 2010, 35p.

LOPES, Heno Ferreira; BARRETO, José Augusto S; RICCIO, Grazia Maria Guerra. Tratamento não-medicamentoso para Hipertensão Arterial. **Revista Soc. Cardiol**, v. 13, n. 01, p. 148-155, jan/fev 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

<bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=364526&indexSearch=ID&lang=p> >. Acesso em out. 2014.

LUPATINI, J.O. et al, 2008, apud PALOTA, Letícia. **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**, Ribeirão Preto, p. 20, 2010.

MANOEL, Maria Fernanda; MARCON, Sonia Silva; BALDISSERA, Vanessa Denardi. Estratégias Educativas para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 03, p. 404, fev, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em 11 out. 2014.

MARÇAL, Poliana Alves Ferreira. **Grupos Operativos: Uma estratégia para acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial**, Teófilo Otoni, p. 01-29, set, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Grupos_operativos_uma_estrategia_para_acompanhamento_das_pessoas_com_hipertensao_arterial/71>. Acesso em nov. 2014.

PALOTA, Letícia. **Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Ribeirão Preto, p. 01-91, 2010.

PEREIRA et al, 2009, apud MANOEL, Maria Fernanda; MARCON, Sonia Silva; BALDISSERA, Vanessa Denardi. Estratégias Educativas para pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 03, p. 404, fev, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em 11 out. 2014.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira. **Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico**, Ribeirão Preto, p. 01-156, 2005.

REZENDE, Ana Maria Bartels. **Ação educativa na Atenção Básica a Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**, Tese (doutorado), São Paulo, p. 01-220, 2011.

RITTER, Terezinha et al. **Grupos Operativos: Pichón Rivière (1907 – 1977)**, Rio Grande do Sul, p. 01-11, abr, 2009. Disponível em: <<http://www.famema.br/ensino/capacdoc/docs/gruposoperativos.pdf>>. Acesso em nov. 2014.

RONDON, Maria Urbana P. Brandão; BRUM, PatriciaChakur. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 10, n. 02, p.134-139, abr/jun, 2003. Disponível em: <http://www.italoreis.com.br/artigo/wp-content/uploads/2010/08/Artigo_3.pdf>. Acesso em out. 2014.

RUFINO, Daniel Bartarim Rodrigues; DRUMMOND, Rosana Aparecida Teixeira; MORAES, Weverton Leandro Dimartini. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 04, p. 336-342, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p336a342.pdf>. Acesso em out. 2014.

SARQUIS *et al* (1998) apud ARTIOLI, C. A. *et al.* **Fatores que levam o cliente hipertenso a não aderir o tratamento medicamentoso**, São Paulo, p. 04, ago, 2010. Disponível em: <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2011/sau_de_em_foco_Cliente%20Hipertenso.pdf>. Acesso em 30 jul. 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. **SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica**, Belo Oriente/MG. 2014

SILVA, Jorge Luiz Lima da; SOUZA, Solange Lourdes de. Fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica versus Estilo de Vida Docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330–335, dez, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/838/988>>. Acesso em 30 jul. 2014.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; SANTOS, Kézia Mercedes Oliveira dos. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. **Revista kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 01, p. 245-257, jun, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4873/3461>>. Acesso em nov. 2014.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e. **Representações Sociais da Hipertensão Arterial Elaboradas por Portadoras e Profissionais da Saúde: um contribuição para a Enfermagem**, Teresina, p. 01-153, fev, 2010. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Maria%20En%C3%B3ia%20Dantas%20da%20Costa%20e%20Silva%20(Segura).pdf)>. Acesso em 30 jul. 2014.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 03, p. 180-189, set/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 97, n. 03, p. 01-24, set., 2011. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/diretriz_mapa_mrpa.pdf>. Acesso em out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/ipad/index.php>>. Acesso em 18 out. 2014.

TAVEIRA, Luzi Aparecida Faleiros. **O nível socioeconômico dos pacientes hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde na região oeste da cidade de São Paulo**, Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, p. 01-121, 2005.

TOLEDO, Melina Mafra; RODRIGUES, Sandra de Cássia; CHIESA, Anna Maria. **Educação em Saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova ótica para um velho problema**, Florianópolis, p. 234, abr/jun, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2>>. Acesso em 30 jul. 2014.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 777-796, mai., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>>. Acesso em dez. 2014.

UNGARI, Andrea Queiróz. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP**, Ribeirão Preto, p. 01-96, 2007.

VIEIRA, Liliana Batista. **Avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa de pacientes idosos hipertensos antes e após o desenvolvimento e uso de um Sistema Eletrônico de Uso Personalizado e Controlado de Medicamentos (SUPERMED)**, Ribeirão Preto, p. 01-126, 2013.