

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

**EDER DE SOUZA MOURA**

**OTIMIZAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ELABORAÇÃO DE UM PLANO  
DE AÇÃO**

**MONTES CLAROS - MG  
2013**

**EDER DE SOUZA MOURA**

**OTIMIZAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ELABORAÇÃO DE UM PLANO  
DE AÇÃO**

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

Orientador: Professor Humberto Ferreira de Oliveira Quites

**MONTES CLAROS - MG  
2013**

**EDER DE SOUZA MOURA**

**OTIMIZAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO  
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ELABORAÇÃO DE UM PLANO  
DE AÇÃO**

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

Orientador: Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Banca Examinadora:

Humberto Ferreira de Oliveira Quites - Orientador

Maria Dolores Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, 13 de Abril de 2013

Dedico esse trabalho aos meus pais, minha esposa e minha filha, que é a razão do meu viver. À minha equipe de estratégia saúde da família e, a Deus, acima de tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais e à minha família, pelo apoio e dedicação.

À equipe de Estratégia Saúde da Família, aos técnicos de enfermagem e toda a população do Bonito de Minas, que construiu comigo grande parte do conhecimento e experiência adquiridos.

Ao professor Humberto, orientador deste trabalho, por sua paciência, conhecimentos e sua boa vontade.

À tutora Silmery, pela atenção, competência e o apoio incondicional ao meu sucesso. Sem o seu apoio e incentivo, não teria concluído esse curso. Agradeço de coração.

*Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades.  
Lembrai-vos de que as grandes coisas do homem  
foram conquistadas do que parecia impossível.*

*Charles Chaplin*

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial, caracterizada por ser, na maioria das vezes, assintomática e por apresentar evolução lenta e progressiva que prejudica a função de diversos órgãos. Epidemiologicamente é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. O município de Bonito de Minas/MG apresenta alta prevalência de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com alto índice de evasão ao tratamento prescrito. O objetivo do presente trabalho é elaborar um plano de ação subsidiado por uma revisão de literatura para aumentar a adesão ao atendimento aos portadores de HAS pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Lagoa Formosa, Bonito de Minas/MG. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O material levantado foi organizado e serviu de base para a elaboração do trabalho. Foi realizada também uma descrição das principais características socioeconômicas e de saúde do município a fim de se conhecer os principais determinantes da evasão ao tratamento, com base na literatura pesquisada. Por fim, foi elaborado o plano de ação, baseando-se nas informações adquiridas ao longo da construção do trabalho. Espera-se que a partir da implantação do plano de ação haja um aumento na adesão ao tratamento da HAS. Cabem os profissionais de saúde compreender um pouco mais sobre a complexidade da doença neste contexto, refletindo sobre ações e estratégias que possa minimizar esse problema.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Programa Saúde da Família. Adesão à medicação.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic degenerative disease, multifactorial, characterized by being, for the most part, asymptomatic and present slow and progressive evolution that impairs the function of various organs. Epidemiologically, is the main risk factor for cardiovascular diseases such as myocardial infarction, heart failure and stroke. The municipality of Bonito de Minas/MG is highly prevalent in patients with systemic hypertension, high dropout rate to the prescribed treatment. The goal of this work is to systematize care to patients with hypertension belonging to the area covered by the Family Health Team Lagoa Formosa, Bonito de Minas/MG. To this end, we conducted a literature review on the topic along with computerized databases of the Virtual Health Library (VHL). The collected material was organized and formed the basis for the preparation of the work. We also carried out a description of the main socioeconomic characteristics and health of the municipality in order to ascertain the main determinants of evasion to treatment, based on the literature. Finally, it was prepared the action plan, based on information acquired throughout the construction work.

**Keywords:** Hypertension. Family Health Program. Medication Adherence.



## LISTA DE GRÁFICO E FIGURAS

<b>GRÁFICO 1</b> – Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza e indigência. Bonito de Minas, 2010 .....	19
<b>FIGURA 1</b> – Rio Carinhanha .....	20
<b>FIGURA 2</b> – Veredas do Gibão.....	20
<b>FIGURA 3</b> – Mapa de Minas Gerais dividido em 13 macrorregiões de saúde, 2011 ....	21
<b>FIGURA 4</b> – Mapa da microrregião de Januária-MG, 2011 .....	22

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>TABELA 1</b> – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos).....	15
<b>TABELA 2</b> – Localidades cobertas pela ESF Vermelha e distância da sede. Bonito de Minas, 2012 .....	23
<b>TABELA 3</b> – Distribuição da população adscrita na ESF Vermelha de acordo com a faixa etária. Bonito de Minas - MG, 2012.....	24
<b>QUADRO 1</b> – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema dificuldade dos hipertensos em aderir ao tratamento .....	27
<b>QUADRO 2</b> – Recursos críticos identificados por operação.....	28
<b>QUADRO 3</b> – Propostas de ações para motivação dos atores.....	29
<b>QUADRO 4</b> – Plano Operativo .....	29
<b>QUADRO 5</b> – Planilha para Acompanhamento de Projetos .....	31

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde

**CISAMSF** - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DM** - Diabetes Mellitus

**ESF** - Estratégias Saúde da Família

**HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**PA** - Pressão Arterial

**PDR/MG** - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais

**SBH** - Sociedade Brasileira de Hipertensão

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica .....</b>	<b>15</b>
<b>5.2 Tratamento Anti-hipertensivo.....</b>	<b>16</b>
<b>5.3 Fatores Relacionados à Evasão ao Tratamento.....</b>	<b>17</b>
<b>6 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BONITO DE MINAS - MG .....</b>	<b>19</b>
<b>6.1 Local do Estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>6.2 A Saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>7 PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7.1 Descrição do Problema.....</b>	<b>25</b>
<b>7.2 Explicação do Problema.....</b>	<b>26</b>
<b>7.3 Nós Críticos .....</b>	<b>26</b>
<b>7.4 Recursos Críticos .....</b>	<b>27</b>
<b>7.5 Análise da Viabilidade do Plano .....</b>	<b>28</b>
<b>7.6 Gestão do Plano .....</b>	<b>30</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por cerca de 60% das mortes ocorridas no mundo, causando mais de 35 milhões de mortes anuais. No Brasil, cerca de dois terços dos óbitos são devidos às DCNT, bem como a maioria das causas de internações (MALTA *et al.*, 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, corresponde a uma das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2012), a HAS acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25% da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos.

A evolução da HAS ocorre de forma silenciosa, com pouco ou nenhum sintoma, não sendo raro pacientes serem surpreendidos por suas complicações e com a necessidade de aprender a conviver com a cronicidade no seu cotidiano (SANTOS, 2011).

De acordo com Pucci e colaboradores (2012), em razão do curso predominantemente assintomático da doença, o seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da HAS.

Dos hipertensos conhecidos, 50% não fazem nenhum tratamento e, dentre aqueles que o fazem, poucos têm a Pressão Arterial (PA) controlada. Apenas 30% conseguem atingir a sua meta de pressão sanguínea. Entre 30 e 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano; e 75%, depois de cinco anos (PUCCI *et al.*, 2012; SANTOS, 2011).

## **2 JUSTIFICATIVA**

O presente trabalho justifica-se pelo fato de a Hipertensão Arterial Sistêmica ser uma doença de alta prevalência entre a população bonitense, sendo umas das maiores causas de procura da Unidade Básica de Saúde (UBS) para consultas médicas e de enfermagem. Ainda assim, na unidade não existe sistematização da assistência para essa clientela, que dificulta ainda mais a adesão ao tratamento e a manutenção dos seus níveis pressóricos em condições desejáveis.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Realizar uma revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um plano de intervenção para aumentar adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Lagoa Formosa, Bonito de Minas/MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os principais determinantes da evasão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Propor sob a forma de plano de intervenção a organização da assistência aos usuários portadores de hipertensão pertencentes à Equipe de Saúde da Família Lagoa Formosa, de forma humanizada e integral.

#### **4 METODOLOGIA**

No presente trabalho optou-se por realizar uma revisão de literatura tipo narrativa a fim de encontrar referenciais teóricos específicos para subsidiar a elaboração do plano de ação.

Para o alcance dos objetivos propostos, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores: Hipertensão, Idoso e adesão à medicação, dando-se preferência por utilizar as publicações mais atuais. Após a localização das bibliografias sobre o tema, foi iniciada a leitura e organização das informações. O material lido foi fichado e registrado, e as principais idéias e teorias pertinentes ao tema foram apresentadas no referencial teórico.

Após a localização das publicações sobre o tema foi feita uma leitura atenta e organização das informações pertinentes.

Após este processo realizou-se uma análise descritiva das mesmas e a elaboração de um plano de intervenção a ser utilizado pela equipe do PSF. Por fim, baseando-se na literatura pesquisada, na realidade da assistência à saúde do município e no livro Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foi elaborado o plano de ação. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no referencial teórico e no Plano de Intervenção.



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial, caracterizada por ser, na maioria das vezes, assintomática e por apresentar evolução lenta e progressiva que prejudica a função de diversos órgãos. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos (FERREIRA FILHO, 2011).

Epidemiologicamente é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. Consequentemente, é o maior responsável pelos elevados índices de mortalidade cardiovascular (NAKAMOTO, 2011).

A HAS é, sabidamente, um grave problema de saúde pública. Segundo Dórea e Lotufo (2004), a prevalência da doença na população brasileira urbana tem apresentado variação entre 22,3% e 43,9%, com aumento, sobretudo, entre mulheres, negros e idosos. Os autores constataram que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados pela doença.

Mesmo apresentando proporções epidêmicas, a hipertensão arterial apresenta diagnóstico simples e de alcance de todos. Entretanto, somente 40% da população sabidamente hipertensa realizam algum tipo de tratamento e apenas 30% dos indivíduos tratados apresentam níveis pressóricos controlados (NAKAMOTO, 2011).

Para ter valor diagnóstico, a PA deve ser medida com técnica adequada utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados (BRASIL, 2006).

A Tabela 1 apresenta a classificação da PA segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

**TABELA 1** – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
<b>Ótima</b>	< 120	< 80
<b>Normal</b>	< 130	< 85
<b>Limítrofe*</b>	130-139	85-89
<b>Hipertensão estágio 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensão estágio 2</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensão estágio 3</b>	≥ 180	≥ 110
<b>Hipertensão sistólica isolada</b>	≥ 140	< 90

\*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

**Fonte:** VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevados em uma aferição, recomenda-se que se repita a aferição da pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. O diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da PA em dias diversos em consultório é requerida para que se chegue à pressão usual e se reduza a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

## **5.2 Tratamento anti-hipertensivo**

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (BRASIL, 2006). Existe o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que se complementam.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) consideram como tratamento não medicamentoso: controle do peso, melhora do estilo alimentar com introdução na dieta de ácidos graxos insaturados, fibras, proteínas da soja, oleaginosas, alho, laticínios magros e vitaminas, redução do consumo de sal, abstenção do consumo de álcool e tabaco, prática regular de atividade física e controle do estresse psicossocial.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução tanto dos níveis tensionais como dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006).

Segundo Neves e colaboradores (2011), o momento de introduzir a medicação irá depender dos valores pressóricos e do risco cardiovascular do paciente. Pacientes com HAS estágio 2 ou 3 e aqueles com doença cardiovascular, diabetes mellitus ou equivalentes devem receber tratamento farmacológico imediato. Os pacientes com HAS estágio 1 e menos de 2 fatores de risco podem tentar algumas semanas ou meses de medidas não farmacológicas antes de começar a medicação. Cada medicação anti-hipertensiva, de modo isolado, reduz a pressão arterial sistólica em 10 a 15 mmHg e a diastólica em 5 a 10 mmHg. Desse modo, pacientes com HAS estágio 2 e 3 devem

iniciar a terapia anti-hipertensiva com a associação de dois ou mais fármacos. Os pacientes em estágio 1 podem iniciar com monoterapia.

Os agentes anti-hipertensivos exercem sua ação terapêutica através de distintos mecanismos que interferem na fisiopatologia da hipertensão arterial. Basicamente, podem ser catalogados em cinco classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. A abordagem terapêutica da hipertensão arterial deve ser reavaliada periodicamente para definir se alguma mudança é necessária para manter os níveis pressóricos próximos das metas desejáveis (BRASIL, 2006).

### **5.3 Fatores relacionados à evasão ao tratamento**

O grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente caracteriza a adesão ao tratamento. Estudos têm mostrado que idade mais elevada, baixa escolaridade, baixa renda, menos de 5 anos de doença associam-se ao abandono e controle inadequado da pressão arterial. Esses estudos reiteram que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA (CAVALARI *et al.*, 2012).

Como fator agravante, o grupo etário mais medicalizado na sociedade é o de idosos. O elevado consumo de medicamentos nessa faixa etária está associado ao aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre elas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (DM) (GONTIJO *et al.*, 2012).

As falhas no tratamento, o uso irracional de medicamentos e agravos no processo patológico são as principais consequências da não adesão ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2012).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pela quantidade de fatores que exercem influência neste processo. Características biológicas (sexo, idade, raça/cor e história familiar) e socioculturais (estado civil, escolaridade, renda, profissão/ocupação, naturalidade, procedência e religião), além da experiência da pessoa hipertensa com a HAS e o tratamento, a relação equipe de saúde-pessoa hipertensa, a participação familiar e o acesso ao sistema de saúde veiculado pelas políticas públicas de saúde vigentes, todos são fatores que podem influir na adesão do paciente portador de HAS ao tratamento (SANTOS, 2011).

Segundo Carvalho e seus colaboradores (2012), no Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HAS e DM podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde.

Oliveira e seus colaboradores (2011) reiteram essa informação e afirmam que a educação em saúde é uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Para tanto, faz-se necessária abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos. A realização de grupos educativos tem se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva, por se tratar de uma forma de interação entre profissionais e usuários. Isto faz com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos.

A educação em saúde possui a capacidade de transformar indivíduos, tornando-os mais autônomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo e corresponsáveis por sua saúde, tendo a opção de adotar ou não, hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS, 2011).

## 6 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BONITO DE MINAS - MG

### 6.1 Local do Estudo

O município de Bonito de Minas está localizado na mesorregião Norte do estado de Minas Gerais. Foi instalado em 1997, por desmembramento do município de Januária. Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o município possui população de 9.671 habitantes, sendo a grande maioria (77%) residente da zona rural do município. Ocupa uma área de 3.904,904 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 2,48 hab./Km<sup>2</sup> (PNUD, 2012).

As principais atividades econômicas são a agricultura/pecuária familiar, comércio, serviço público e trabalho informal. Há um grande número de famílias que tem como única fonte de renda o bolsa família, benefício distribuído pelo Governo Federal (MOURA, 2011). Portanto, uma parte considerável da população vive em condições de extrema pobreza, como mostra o gráfico 1.



**Gráfico 1:** Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza e indigência. Bonito de Minas, 2010.

**Fonte:** Censo Demográfico (PNUD, 2012).

No município, em 2010, 18,6% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 30,6%. Existe ainda o problema da distorção idade-série, que se eleva à medida que se avança nos níveis de ensino. Entre alunos do ensino fundamental, 32,3% estão com idade superior à recomendada, chegando a 53,1% de defasagem entre os que alcançam o ensino médio (PNUD, 2012).

Ainda de acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, 26,1% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e apenas 0,6% possuíam formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas (PNUD, 2012).

Em 2010, 89,1% dos moradores urbanos contavam com o serviço de coleta de resíduos e 78,0% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo) (PNUD, 2012).

No diagnóstico local realizado por Moura (2011), foi detectado no município um alto percentual de chefes de família analfabetos. Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), evidencia-se a estreita ligação existente entre analfabetismo de chefes de família e pobreza (IPEA, 2011).

O município apresenta grande potencial hídrico. Possui nascentes importantes e é banhado por rios com grande importância regional, entre eles, Rio Pandeiros, Rio Cochá, Rio Carinhanha, Rio Borrachudo, além de diversos córregos, lagoas e veredas (Fig. 1 e 2) (MOURA, 2011).



**Figura 1:** Rio Carinhanha  
**Fonte:** Moura, 2011.



**Figura 2:** Veredas do Gibão  
**Fonte:** Moura, 2011.

Todas essas características, grande dimensão territorial, maior parte da população concentrada na zona rural, e ainda, barreiras geográficas, terrenos arenosos e estradas precárias são dificuldades enfrentadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos profissionais de saúde do município para levar saúde de qualidade, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 6.2 A Saúde

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), o município de Bonito de Minas localiza-se na macrorregião Norte (Fig. 3), sendo Montes Claros o polo dessa macrorregião de saúde, e na microrregião de Januária (Fig. 4), juntamente com outros quatro municípios: Januária (polo), Cônego Marinho, Itacarambi e Pedras de Maria da Cruz (BELO HORIZONTE, 2011).



**Figura 3:** Mapa de Minas Gerais dividido em 13 macrorregiões de saúde, 2011.  
**Fonte:** Belo Horizonte, 2011.



**Figura 4:** Mapa da microrregião de Januária-MG, 2011.  
**Fonte:** Belo Horizonte, 2011.

O município de Bonito de Minas, por ser um município de pequeno porte, conta apenas com a atenção primária a saúde, onde são realizadas atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Segundo Chioro e Scaff (1999), quando funcionando adequadamente, a atenção primária consegue resolver 80% dos agravos de saúde da população. Para os demais problemas, o município conta com algumas alternativas.

O município faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Médio São Francisco (CISAMSF), que oferece consultas especializadas e é composto por 10 municípios. As demais demandas não atendidas pelo consórcio são encaminhadas para o Hospital Municipal e o Centro Viva Vida de Januária, Hospital Municipal de Brasília de Minas, Hospital Municipal de Coração de Jesus, Hospital Municipal de São João da Ponte, Hospital Municipal de Mirabela e Hospitais de Clínicas de Montes Claros.

As atividades das Estratégias Saúde da Família (ESF) funcionam de segunda-feira a sexta-feira, de 07:00 às 17:00. Entretanto, a unidade se mantém em funcionamento durante 24h para o atendimento e/ou encaminhamento das urgências e emergências. Durante o período noturno, permanece um técnico em enfermagem de plantão e um médico clínico geral de sobreaviso.



A primeira equipe de Saúde da Família foi implantada em 2005. Atualmente, o município conta com quatro equipes completas (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS), com cobertura de 100% da população bonitense, além de equipes de saúde bucal.

As equipes são divididas por cores. A ESF Verde atende a população da zona urbana (sede) e da comunidade de Larginha, há 17 Km de distância. As demais ESF, apesar de estarem localizadas na sede, atendem a população da zona rural.

A ESF Vermelha “Lagoa Formosa” foi implantada em 2009 e, atualmente, atende 2.082 pessoas, distribuídas em 20 localidades (Tab. 2).

**TABELA 2** – Localidades cobertas pela ESF Vermelha e distância da sede. Bonito de Minas, 2012.

	ACS	Local	Distância da Sede
ESF Vermelha	E.E.	Salobo, Barreiro do Mato, Rancharia e Laranjeiras	23 Km
	J.S.	Macaúbas, Faz. Lavarinto, Galho do Mariano	15 Km
	M.E.	Raizama, Veados, Buriti do Meio	30 Km
	E.	Catulé Pequeo, St <sup>a</sup> Maria da Vereda, Tabocas e Capivara	35 Km
	B.	Ana da Rocha, Várzea da Manga e Capim Pubo	27 Km
	L.	Catulé Lourão, Amescla e Faz. Rafael	35 Km

**Fonte:** Arquivo ESF Vermelha.

A distância dessas comunidades representa uma das dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento das ações. Existem os programas de saúde da mulher, saúde da criança, hipertensos e diabéticos, entre outros, que propõem metas. Na maioria das vezes, não se consegue alcançá-las por dificuldade da população em chegar à unidade, e nem sempre é possível desenvolver as ações in loco.

A Tabela 3 apresenta a distribuição da população adscrita na ESF Vermelha de acordo com a faixa etária.

**TABELA 3** – Distribuição da população adscrita na ESF Vermelha de acordo com a faixa etária. Bonito de Minas - MG, 2012.

	<b>Faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Crianças</b>	< 1 mês	0	2
	1 a 11 meses	10	19
	1 a 4 anos	75	53
	5 a 9 anos	107	92
	<b>Sub-total de crianças</b>	<b>192</b>	<b>166</b>
<b>Adolescentes</b>	10 a 14 anos	115	104
	15 a 19 anos	121	105
	<b>Sub-total de adolescentes</b>	<b>236</b>	<b>209</b>
<b>Adultos</b>	20 a 24 anos	75	80
	25 a 29 anos	49	56
	30 a 34 anos	58	50
	35 a 39 anos	66	50
	40 a 44 anos	80	55
	45 a 49 anos	61	47
	50 a 54 anos	46	55
	55 a 59 anos	38	48
	<b>Sub-total de adultos</b>	<b>473</b>	<b>441</b>
<b>Idosos</b>	60 a 64 anos	52	34
	65 a 69 anos	42	40
	70 a 74 anos	35	35
	75 a 79 anos	36	24
	80 anos	30	37
	<b>Sub-total de idosos</b>	<b>195</b>	<b>170</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1.096</b>	<b>986</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1.096</b>	<b>986</b>

Fonte: Arquivo ESF Vermelha.

## **7 PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO**

### **7.1 Descrição do Problema**

Campos, Faria e Santos (2010) definem problema como sendo a diferença entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Contudo, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Um dos problemas identificados no cotidiano da ESF “Lagoa Formosa” e que será tratado nesse trabalho é a dificuldade que os portadores de HAS cobertos por esta unidade têm em aderir ao tratamento farmacológico e não farmacológico da doença.

Essa não adesão é caracterizada pela dificuldade em manter os níveis pressóricos controlados mesmo após a introdução do tratamento. Nas visitas domiciliares, é comum encontrar hipertensos com PA em 180x130 mmHg e, quando a equipe tenta intervir perguntando se foi feito o uso da medicação naquele dia, a resposta é não, mas justificam que não estão sentindo nada e que, portanto, não há problema.

É extremamente difícil para o profissional de saúde lidar com pacientes que convivem com uma doença com um potencial incapacitante tão grande, sendo esta assintomática. Infelizmente, a população brasileira ainda não se adaptou ao modelo de atenção baseado na prevenção e promoção da saúde. Só procuram o serviço de saúde quando algo os incomoda.

Segundo a categorização do problema proposta por Campos, Faria e Santos (2010), o problema identificado é classificado como quase-estruturado, pelo fato de só ser possível identificar algumas das variáveis que o compõem e precisar algumas das relações entre essas variáveis; é multicausado, não é visto como problema por todos os atores, as soluções apontadas são situacionais, é um problema produzido no processo social e necessita de um plano de ação pra ser enfrentado. É categorizado ainda como problema final (ou terminal), por ser vivido diretamente pelos clientes ou usuários da organização.

## 7.2 Explicação do Problema

A ESF “Lagoa Formosa” atende a uma população de 2.082 pessoas. Destas, 357 (17%) são portadoras de HAS, sendo 350 efetivamente acompanhadas pela unidade.

Do total da população adscrita, 18% são compostos por idosos e, apesar de não haver essa estatística disponível, pela experiência do autor, pode-se afirmar que a grande maioria daqueles hipertensos são idosos.

Esses idosos, não raramente, sofrem de polipatologias e, como consequência, acabam por ter que conviver com a polifarmácia.

Na zona rural, em uma família, é comum os filhos buscarem melhores condições de vida nos grandes centros urbanos, permanecendo em casa somente os pais. Portanto, há ainda aqueles idosos que não têm nenhum familiar que possa assumir o cuidado e auxiliar na manutenção do tratamento.

Por ser uma população de zona rural, a quase totalidade desses idosos possui baixo grau de instrução. Esse é um fator decisivo para a baixa adesão ao tratamento da HAS. A baixa escolaridade faz com que os usuários tenham dificuldade em compreender o que é a doença e o quão graves são as consequências quando não se segue o tratamento. E, mesmo aqueles que querem tomar a medicação, se esbarram na dificuldade de identificar qual medicação deve ser tomada, em que horário. Esse problema se agrava quando se trata de usuários convivendo com a polifarmácia.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), geralmente, a causa de um problema é outro ou outros problemas. Portanto, veem-se todos esses problemas citados como causas conhecidas da dificuldade dos portadores de HAS da ESF “Lagoa Formosa” em aderir ao tratamento da doença.

## 7.3 Nós Críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 65), o nó crítico “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Foram identificados três nós críticos para o problema em questão: hábitos de vida, nível de informação e processo de trabalho da equipe de saúde. O quadro 1 mostra o desenho de operações para os nós críticos identificados.

**Quadro 1** - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema dificuldade dos hipertensos em aderir ao tratamento.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de um ano	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; acompanhamento com nutricionista; Programa de Controle do Tabagismo	Organizacional: organizar as caminhadas; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir espaço na rádio local, mobilização da Secretaria Municipal de Saúde para aderir ao Programa de Controle do Tabagismo e para a contratação de nutricionista; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc., e para contratação de nutricionista
Nível de informação	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica	População mais informada sobre a hipertensão arterial sistêmica	Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica; campanha educativa da rádio local; capacitação periódica dos ACS e de cuidadores	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização das capacitações; Político: mobilização social.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema	Implantar protocolo de atenção à saúde do portador de HAS, incluindo mecanismos de referência e contrareferência	Atendimento adequado aos pacientes portadores de HAS.	Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS implantado; atualização periódica do protocolo; recursos humanos capacitados; regulação implantada; encaminhamento dos idosos considerados frágeis ao Centro Mais Vida	Cognitivo: elaboração do protocolo; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrareferência)

## 7.4 Recursos Críticos

Campos, Faria e Santos (2010) definem recursos críticos como aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Daí a importância de se conhecer quais são esses recursos a fim de se criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

O quadro 2 apresenta os recursos críticos de cada operação.

**Quadro 2 - Recursos críticos identificados por operação.**

Operação/Projeto	Recursos críticos
+ Saúde	Político: mobilização da Secretaria Municipal de Saúde para a contratação de nutricionista  Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc., e para contratação de nutricionista
Saber +	Organizacional: organização das capacitações dos profissionais envolvidos
Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais na execução da proposta e capacitação.

## 7.5 Análise da viabilidade do Plano

Após a identificação dos recursos críticos, Campos, Faria e Santos (2010) propõem a análise de viabilidade do plano.

A idéia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 70)

Procura-se, com isso, identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação e analisar a motivação dos mesmos em relação aos objetivos pretendidos pelo plano. Esses atores podem se mostrar favoráveis, indiferentes ou até contrários à execução do plano. Cabe ao responsável pelo plano traçar estratégias capazes de fazê-los mudar suas posições, quando contrárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 3 apresenta as propostas de ações para motivação dos atores.

**Quadro 3** - Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde <b>Modificar hábitos e estilos de vida</b>	Político: mobilização da Secretaria Municipal de Saúde para a contratação de nutricionista	Secretário de Saúde	Contrária	Apresentar dados que evidenciem a redução de gastos com hospitalização
	Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc., e para contratação de nutricionista	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
Saber + <b>Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica</b>	Organizacional: organização das capacitações	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
<b>Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS</b>	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
		Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária

O próximo passo é a definição do plano operativo, com a finalidade de designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução de cada operação. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas e o seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 4 apresenta o plano operativo.

**Quadro 4 – Plano Operativo**

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>+ Saúde</b> <b>Modificar hábitos e estilos de vida</b>	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de um ano	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; acompanhamento com nutricionista; Programa de Controle do Tabagismo	Apresentar dados que evidenciem a redução de gastos com hospitalização	Eder Moura	Três meses para o início das atividades

Continua

Conclusão

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Saber +</b> <b>Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica</b>	População mais informada sobre a hipertensão arterial sistêmica	Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão arterial sistêmica; campanha educativa da rádio local; capacitação periódica dos ACS e de cuidadores		Eder Moura	Início em quatro meses e término em seis meses; 3 meses; 3 meses para iniciar
<b>Implantar protocolo de atenção à saúde do portador de HAS, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência</b>	Atendimento adequado aos pacientes portadores de HAS.	Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS implantado; atualização periódica do protocolo; recursos humanos capacitados; regulação implantada; encaminhamento dos idosos considerados frágeis ao Centro Mais Vida		Eder Moura	Início em três meses e finalização em 12 meses. Revisão do protocolo anualmente ou quando for necessário.

## 7.6 Gestão do Plano

Campos, Faria e Santos (2010) propõem por último a gestão do plano, que tem por objetivo o desenho de um modelo de gestão do plano de ação que permita a discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e de seus respectivos instrumentos. Segundo os autores, esse passo é fundamental para o êxito do processo de



planejamento. Porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É necessário desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, apontando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

A seguir, será apresentada a gestão do plano com dados hipotéticos a fim de ilustrar o trabalho.

### Quadro 5 – Planilha para Acompanhamento de Projetos

Operação “+ Saúde” Coordenação: Eder Moura – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada orientada	Eder Moura	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas		
Campanha educativa na rádio local	Eder Moura	3 meses	Atrasado	Formato e duração do programa definidos; conteúdos definidos; falta definição de horário pela rádio local.	1 mês
Acompanhamento com nutricionista	Eder Moura	3 meses	Ainda em discussão com a Secretaria de Saúde	Dificuldade em encontrar um fundo que financie a remuneração do profissional	2 meses
Programa de Controle do Tabagismo	Eder Moura	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas		

Operação “Saber +” Coordenação: Eder Moura – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre a hipertensão arterial	Eder Moura	2 meses	Projeto de avaliação elaborado		

<b>sistêmica</b>					
<b>Capacitação periódica dos ACS e de cuidadores</b>	Eder Moura	3 meses	Programa de capacitação elaborado; ACS capacitados; cuidadores identificados; curso ainda não iniciado	Atraso na identificação dos cuidadores; cuidadores propuseram início do curso depois das férias	1 mês

<b>Operação “Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS”</b>					
<b>Coordenação: Eder Moura – Avaliação após seis meses do início do projeto</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>Protocolo de atenção à saúde do portador de HAS implantado</b>	Eder Moura	12 meses	Protocolo elaborado e implantado na unidade de saúde		
<b>Atualização periódica do protocolo</b>	Eder Moura	12 meses	Projeto de avaliação e atualização do protocolo elaborado		
<b>Recursos humanos capacitados</b>	Eder Moura	12 meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início em 2 meses		
<b>Regulação implantada</b>	Eder Moura	12 meses	Projeto de regulação em discussão		
<b>Encaminhamento dos idosos considerados frágeis ao Centro Mais Vida</b>	Eder Moura	12 meses	Protocolo de encaminhamento elaborado e implantado		

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os desafios enfrentados pelas equipes de Saúde da Família são muitos e, às vezes, difíceis de serem solucionados dada a sua complexidade e determinantes. Seu estudo é fundamental para uma abordagem efetiva dos pacientes, principalmente em relação à prevenção das complicações e a melhoria na qualidade de vida.

O plano de ação se mostra como uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia-a-dia da unidade. Através dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita a resolução. Mas vai além, pois propõe metas, estabelece prazos e avalia se houve êxito ou não.

A atuação dos profissionais de saúde é imprescindível no monitoramento e controle da hipertensão arterial tendo em vista que a baixa organização e a falta de informação podem ser revertidas com ações planejadas e sistemáticas.

Portanto, o plano de ação sistematiza a tomada de decisões e oferece uma garantia maior de resolução dos problemas e, conseqüentemente, um serviço de maior qualidade.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em:

<[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2012.

CARVALHO, Andre Luis Menezes *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CAVALARI, Eliana *et al.* Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; v. 20, n. 1, p. 67-72, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Vol. 07, 1999.

DÓREA, Egídio Lima; LOTUFO, Paulo Andrade. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/revistas/2004\\_N3\\_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf](http://www.sbh.org.br/revistas/2004_N3_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

FERREIRA FILHO, Celso. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 68, n. 7/8, p. 215-224, 2011. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4797](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4797)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

GONTIJO, Mônica de Fátima *et al.* Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1337-1346, jul., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/12.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil da pobreza no Brasil e sua evolução no período 2004- 2009**. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1647.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1647.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2012.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Resultados do monitoramento dos fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, set., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MOURA, Alexandre Leite de. **Protocolo para organização da demanda do serviço de saúde bucal de acordo com o risco socioeconômico da população de Bonito de Minas**. 2011. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3304.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

NAKAMOTO, Allyson Yukio Koda. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 4, p. 78-86, 2011. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

NEVES, Mario Fritsch et al.. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 4, p. 78-86, 2011. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5009](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

OLIVEIRA, Ednéia Aparecida Fajardo de *et al.* Significado dos grupos educativos de Hipertensão Arterial na perspectiva do usuário de atenção básica de saúde na Unidade Básica de Saúde de São Sebastião, no município de Juiz de Fora - Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 14, n. 3, p. 319-326, jul./set., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1191/510>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Portal ODM**. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/mg/bonito-de-minas#>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

PUCCI, Nicole *et al.* Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev. Bras. Cardiol.**; v. 25, n. 4, p.322-329, jul./ago., 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/V25n04a08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Hipertensão Arterial – Um problema de saúde pública. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 285-286, out./dez., 2011.

Disponível em: <[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/editorial\\_2011.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/editorial_2011.4.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 1-64, 2010. Disponível em: <[http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA\\_6485.pdf](http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2012.