

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

**DANIELLA LIMA ALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO  
PEDRO II, GOVERNADOR VALADARES/MG**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**DANIELLA LIMA ALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO  
PEDRO II, GOVERNADOR VALADARES/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: Profa. Dra Eliana Aparecida Villa

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**DANIELLA LIMA ALVES**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO  
PEDRO II, GOVERNADOR VALADARES/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.

Banca Examinadora:

Profa. Dra Eliana Aparecida Villa

Profa.Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, com altos índices de ocorrência no Brasil e no mundo, é considerada um problema de saúde pública. Esta doença merece atenção dos setores da saúde, pois ações de caráter educativo podem contribuir tanto para a prevenção quanto para a qualidade de vida e manutenção da saúde dos hipertensos. A baixa adesão ao tratamento da hipertensão é visto como um desafio para profissionais da atenção básica. Pensando nesta problemática, o objetivo deste projeto é propor um plano de intervenção que contribua para uma melhor adesão dos usuários ao tratamento da HAS na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, São Pedro II em Governador Valadares- Minas Gerais. O método utilizado foi o Planejamento estratégico situacional, por meio deste foi realizado um diagnóstico em saúde, onde se detectou os principais problemas da área e priorizou-se a HAS e a baixa adesão dos hipertensos. Também foi feito um levantamento do referencial teórico sobre o tema, em artigos científicos e materiais atualizados acerca da HAS, para subsidiar a proposta. O passo seguinte foi à elaboração de um plano de ação específico para a demanda de atenção à saúde dos hipertensos. Destaca-se a importância de buscar ações conjuntas envolvendo equipe de saúde e usuário hipertenso, para melhor abordagem do assunto e minimização dos agravos da doença.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Doenças crônicas. Ações preventivas.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic disease with high occurrence rates in Brazil and worldwide, is considered a public health problem. This disease deserves attention from health sectors, for character education activities can contribute both for prevention and for the quality of life and maintaining the health of hypertensive. The low adherence to treatment of hypertension is seen as a challenge for primary care professionals. Thinking about this problem, the objective of this project is to propose an action plan that contributes to better adherence of the users to the treatment of hypertension in the area covered by the Family Health Strategy, São Pedro II in Governador Valadares-Minas Gerais. The method used was the situational strategic planning, through this we conducted a diagnosis on health, which were found to be the main problems of the area and gave priority to hypertension and poor adherence of hypertensive. It was also done a survey of the theoretical framework on the subject, in scientific articles and updated materials on the HAS, to support the proposal. The next step was to draw up a specific action plan to the demand for health care of hypertensive. It highlights the importance of seeking joint actions involving health team and hypertensive patients to better approach the matter and minimizing the disease grievances.

Keywords: Hypertension. chronic diseases. preventive actions.

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1- Classificação da HAS.....   | 26 |
| Quadro 2 - Valores de pressão no consultório Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.....                               | 31 |
| Quadro 3 - Desenho de operações para os "nós" críticos do problema “Baixa adesão dos Hipertensos ao Tratamento da ESF São Pedro II, Governador Valadares /MG.....                     | 28 |
| Quadro 4 - Recursos críticos do problema da baixa adesão ao tratamento da HAS.....  | 29 |
| Quadro 5 - Viabilidade do plano de intervenção.....   | 30 |
| Quadro 6 -Plano operativo do projeto de intervenção.....  | 31 |
| Quadro 7 - Monitoramento e avaliação do Plano de ação para orientar os usuários sobre a ESF enquanto promoção e prevenção em saúde na ESF São Pedro II Governador Valadares – MG..... | 32 |

## **LISTA DE SIGLAS**

Acidente vascular cerebral - AVC

Agentes comunitários em saúde – ACS

Automedida de Pressão Arterial – AMPA

Atenção Básica – AB

Atenção Básica à Saúde - ABS

Estratégia Saúde da Família – ESF

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Centro de referência em saúde mental – CERSAM

Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde – CRASE

Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais –  
CREDENPES

Centro de Apoio ao Deficiente Físico – CADEF

Centro de Atendimento ao Idoso – CAI

Hipertensão arterial sistêmica – HAS

Monitorização residencial da Pressão Arterial - MRPA

Monitorização ambulatorial de Pressão Arterial – MAPA

Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

Planejamento Estratégico situacional – PES

Pressão arterial – PA

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1.INTRODUÇÃO .....                        | 09 |
| 1.1 O contexto de estudo .....            | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA .....                     | 15 |
| 3 OBJETIVOS.....                          | 16 |
| 3.1 Objetivo geral.....                   | 16 |
| 3.2 Objetivos específicos.....            | 16 |
| 4 METODOLOGIA.....                        | 17 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....              | 19 |
| 5.1 - Hipertensão Arterial Sistêmica..... | 19 |
| 5.2 Rastreamento da HAS.....              | 23 |
| 6 PLANO DE AÇÃO.....                      | 26 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....               | 33 |
| REFERÊNCIAS.....                          | 35 |

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um primeiro contato do usuário no sistema de saúde. É uma estratégia que busca a reorganização dos serviços de saúde nos municípios, desde os menores aos maiores. Propõe reorganizar o sistema de saúde vigente no município, substituindo as antigas diretrizes baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença e introduzir novos princípios (BRASIL, 2011).

A ESF tem como foco a promoção à saúde e a participação da comunidade, tem condições de dar soluções efetivas, em 85% dos casos da população atendida, como assistência na gravidez, atenção ao crescimento das crianças, tratamento e prevenção de doenças mais frequentes, todos estes cuidados garantidos pela equipe da ESF (BRASIL, 2011).

Esta equipe deve identificar os problemas e necessidades das famílias e da comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento. Os municípios onde a ESF está bem implantada com equipes capacitadas, organizada e ainda dispendo de estrutura física e equipamentos adequados pode-se observar:

- Diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis;
- Aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto;
- Melhora da qualidade de vida dos idosos;
- Melhoram dos índices de vacinação;
- Os hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e acompanhados;
- Os casos de tuberculoses e hanseníase são localizados e tratados;
- Diminuição das filas nos atendimentos em hospitais da rede pública de saúde (BRASIL, 2011).

Os profissionais da saúde precisam estar aptos a realizar um bom acolhimento e direcionamento do usuário aos outros setores da saúde quando necessário. Estudos apontam que 80% das necessidades, demandas e problemas de saúde apresentados pela população poderiam ser resolvidos no contexto da atenção básica (BRASIL, 2007).

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas) (BRASIL, 2007. p.5).

Existem alguns princípios que regem a Atenção Básica a Saúde, são eles: caráter substitutivo, adscrição da clientela, visitas domiciliares, cadastramento, trabalho em equipe, composição da equipe. Estes princípios devem ser seguidos e implementados nas ações dos profissionais da equipe de saúde na Atenção Básica, a seguir descreve-se cada princípio (BRASIL, 2012).

Todos os princípios tem sua devida importância. O caráter substitutivo ocorre, quando há um compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança proposta que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e também da postura diante dos problemas e demandas de saúde da população da área de abrangência (BRASIL, 2012).

A adscrição da clientela na atenção básica significa a definição, dentro do território de abrangência, qual a população específica que será de responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família. Outro princípio importante é a visita domiciliar. Esta é uma ação que tem como objetivo promover a reorientação do modelo de atenção e possibilita uma proximidade da equipe de saúde com a realidade de cada usuário (BRASIL, 2012).

O cadastramento das famílias adscritas numa determinada área da ESF é realizado pelas agentes comunitárias em saúde, concretiza-se por meio de visitas domiciliares, realizadas pela equipe. Utiliza-se de um importante instrumento, que é a “Ficha A”, que traz um levantamento sobre os diferentes aspectos da família.

O trabalho em equipe realizado pela ESF, numa determinada área tem como princípio fundamental o pressuposto que as ações em saúde deverão ser pautadas numa atenção interdisciplinar, humanizada ao usuário, onde os profissionais possam atendê-lo em sua totalidade integralizada e biopsicossocial.

As atividades das equipes de saúde devem resultar de um processo de planejamento, avaliação e monitoramento, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho (BRASIL, 2012).

Neste contexto, apresenta-se a Estratégia Saúde da Família no Bairro São Pedro em Governador Valadares. Esta unidade de saúde assiste a população e pauta suas ações na prevenção e promoção em saúde. Para isso, na sequência será apresentado o contexto de estudo e o município de Governador Valadares – MG.

### **1.1 O município de Governador Valadares**

O município de Governador Valadares (GV) situa-se na região leste do estado de Minas Gerais, na mesorregião do vale do rio doce, a 324 Km da capital do estado (IBGE, 2010). No século XIX, o Vale do Rio Doce foi repartido em Divisões Militares como estratégia de guerra ofensiva aos índios Botocudos. Neste contexto de luta é que surgiu a localidade que posteriormente deu origem ao distrito de Figueira, atual Governador Valadares.

Em 1907, foi inaugurada a estação ferroviária da Estrada de Ferro Vitória-Diamantina (Vitória-Minas), ao lado oposto ao povoado de Figueira. A construção de uma ponte sobre o Rio Doce e a inauguração da estação de Figueira em agosto de 1910, fizeram com que todo o fluxo dinâmico se transferisse para o vilarejo Figueira que se consolidou como entreposto comercial da região. (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

No ano de 1935, foi formado o Partido Emancipador de Figueira, destinado a comandar a luta pró-emancipação. Em 31 de dezembro de 1937, o vilarejo de Figueira finalmente foi desmembrado de Peçanha por ato do governador Benedito Valadares dando origem ao Município de Figueira. O decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, mudou o nome para Governador Valadares (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

No ano de 1993, em média 27.000 valadarenses haviam emigrado para o exterior, grande parte deles na faixa entre 16 e 35 anos. Os dólares enviados pelos emigrantes movimentaram a indústria da construção civil, o comércio e propiciaram a abertura de muitos negócios. Estes recursos foram fundamentais

para manter a dinâmica da economia nas décadas de 1980 e 90. (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

Desde 1980, Governador Valadares é um município de população predominantemente urbana, característica que vem sendo ratificada pelo aumento do grau de urbanização resultado da combinação de crescimentos populacionais urbanos e de recuos da população rural. O município conta com uma extensão territorial de 2.342 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 80,19 hab/Km<sup>2</sup>. (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

O principal setor da economia municipal é a prestação de serviços, incluídos os serviços sociais e de auxílio à atividade econômica e, houve queda do setor primário nos últimos anos. As principais atividades do município são comércio, indústria, atividades imobiliárias, construção civil. No município há 213 estabelecimentos de ensino e aproximadamente 85% da população valadarense é alfabetizada. (GOVERNADOR VALADARES, 2010).

Governador Valadares conta com pontos de atenção primária: 52 Estratégias em Saúde da Família, cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na atenção secundária, o município conta com uma policlínica, um centro de atenção psicossocial (CAPS), CAPS I e CAPS ad (álcool e drogas), centro de referência em saúde mental (CERSAM) e o Centro de Convivência.

Na atenção terciária, o município conta com cinco hospitais, três deles com unidades de terapia intensiva e uma maternidade. Atualmente o Hospital Municipal presta esta assistência a Governador Valadares e regiões vizinhas. Ainda no município tem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), recentemente inaugurada no município.

Para complementar esses serviços ainda existe o Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE), o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDENPES) e ainda o Centro de Apoio ao Deficiente Físico (CADEF), com o intuito de assistir o usuário em suas demandas de atenção em saúde.

A Estratégia Saúde da Família é um dispositivo de atenção à saúde essencial na assistência a usuário, família e suas demandas. Requer uma equipe de trabalho coesa e qualificada para lidar com os aspectos do indivíduo

que busca o serviço como forma de prover seus cuidados, por isso, a ênfase está em priorizar as ações de prevenção e promoção à saúde.

## **1.2 A Estratégia Saúde da Família São Pedro II**

A ESF, São Pedro II abrange os bairros São Pedro e Universitário, com unidade localizada no Bairro São Pedro, numa região central à área e de fácil acesso à comunidade. A unidade conta com consultórios (médico, enfermagem e odontológico), uma cozinha, uma sala de procedimento, uma sala de pré-consulta, banheiros e uma recepção. As instalações estão bem conservadas, pois o prédio passou por reforma recente.

O horário de funcionamento da unidade é de 7 às 17 horas. No bairro São Pedro também funciona o Centro de Atendimento ao Idoso (CAI). A região conta com duas igrejas católicas e algumas evangélicas, 2 postos de combustível, oficinas mecânicas, restaurante, e vários pontos comerciais (mercearia, bar, padaria, lojas de confecções, supermercados).

As principais atividades trabalhistas dos moradores da região são: construção civil (pedreiros, ajudantes de pedreiros, pintores, eletricitas), comércio, serviços gerais, serviços domésticos, serviço público e atividade autônoma.

Quanto aos recursos humanos da ESF São Pedro II, a equipe de saúde é composta por 3 médicos, 1 dentista, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 auxiliar de serviços gerais, todos estes atuando em carga horária de 40 horas na unidade.

O dia-a-dia da ESF é caracterizado pelas consultas agendadas, seja médica, odontológica e de enfermagem. A instituição conta com a assistência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com atendimentos psicológicos, assistência social, fisioterapêuticos. Temos o grupo operativo do Hiperdia.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) fazem visitas às famílias da comunidade, acompanhando as condições de vida, situação sanitária e de higiene, adesão ao tratamento proposto e identificação de pacientes com

necessidade de visita domiciliar pelo médico e enfermeiro. Este profissional auxilia constantemente nas ações na unidade.

Diante da importância da Estratégia Saúde da Família apresentada e sua contribuição à população como dispositivo de prevenção e promoção à saúde, percebe-se a fundamental relevância de suas ações com foco no usuário, família e suas demandas de saúde. Desta forma, o projeto abordará o público hipertenso e suas dificuldades na adesão ao tratamento, visando uma melhor conscientização do processo saúde, doença e tratamento e visando uma melhor qualidade de vida dos envolvidos.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de usuários portadores de hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cadastrados na ESF São Pedro II, com baixa adesão ao tratamento, o que ocasiona quadros de hipertensão descompensada. Muitas pessoas não aderem ao tratamento, apresentam dificuldades de controle dos índices pressóricos e controle da doença, além de não seguir as orientações dos profissionais de saúde.

A HAS descompensada pode acarretar várias consequências ao usuário, como doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, acidentes vasculares entre outros (LIMA, 2010). Contudo, em muitas situações o paciente não tem conhecimento dos agravos que a doença pode acometer, desta forma, não se cuidam e nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos.

Adicionalmente, a HAS é uma doença que requer boa adesão ao tratamento, justificando a relevância do presente trabalho, principalmente pelo fato de possibilitar formas de controle da doença. Por isso, o profissional da saúde deve estar inserido nesta problemática propondo estratégias de ação que envolva o usuário e equipe neste foco, sendo essa a realidade preocupante na ESF São Pedro II em Governador Valadares.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção que contribua para uma melhor adesão dos usuários ao tratamento da HAS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Promover ações educativas na unidade de saúde que abordem o tema da HAS e o autocuidado.
- Promover capacitações dos trabalhadores para a atuação junto aos hipertensos da comunidade.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ele é composto por 10 passos que foram seguidos sistematicamente. O método PES propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES possibilita a incorporação dos pontos de vista dos setores sociais, incluindo a população e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A elaboração do plano iniciou-se com o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência da ESF, São Pedro II. Os dados obtidos na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional proposto no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

1. Primeiro passo: Identificaram-se os problemas mais apresentados na unidade de saúde através do diagnóstico situacional em saúde;
2. Segundo passo: Priorizou-se o problema, tendo como referência a importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe;
3. Terceiro passo: Descreveu-se o problema selecionado, ou seja, sua caracterização quanto à dimensão do problema na área de abrangência na unidade;
4. Quarto passo: Explicou-se o problema, neste passo elaboraram-se as possíveis causas do problema e qual possível relação entre elas;
5. Quinto passo: neste passo, selecionaram-se os “nós críticos”, que é a definição das causas mais importantes a serem enfrentadas do problema priorizado;

6. Sexto passo: Apresentou-se o desenho das operações (descrição das operações, identificação dos produtos e resultados, bem como dos recursos necessários para a concretização das operações);
7. Sétimo passo: Identificou-se dos nós críticos (identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
8. Oitavo passo: Neste passo, elaborou-se a análise de viabilidade do plano, ou seja, a construção por meio do estabelecimento de estratégias que busquem mobilizar, convencer ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar a problemática;
9. Nono passo: Elaborou-se o plano operativo, que é a designação dos responsáveis por cada operação e definição dos prazos para a execução das operações;
10. Décimo passo: Apresentou-se o desenho do modelo de gestão do plano de ação; discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para esta elaboração do projeto e levantamento de dados, o método de Estimativa Rápida foi utilizado, a partir de fontes de observação como: registros escritos (prontuários) feito nas consultas, observação ativa da unidade e visitas domiciliares. Todos estes possibilitaram visualizar e coletar melhor os reais problemas enfrentados na unidade.

Foi realizada uma busca de referencial teórico que subsidiasse a proposta, trazendo material científico referente à HAS. Para isso, foi feito um levantamento bibliográfico no banco de dados do IBGE, na base de dados municipal do e-SUS. Além disso, foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), publicações do Ministério da Saúde e outros.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, doenças crônicas, ações preventivas. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção e delineamento das ações nele previstas.

## 5 REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por PA (pressão arterial) maior que 140 x 90 mmHg. “Está associada frequentemente à alterações funcionais e estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (BRASIL, 2013,p. 05).

A HAS pode ser considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. “Sua prevalência pode ser em média de 32% para a população adulta, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% com indivíduos com mais de 70 anos” (BRASIL, 2013, p. 10). A HAS pode ser classificada conforme quadro 1 abaixo:

**Quadro 1- Classificação da HAS**

|                        | <b>PA Sistólica</b> | <b>PA Diastólica</b> |
|------------------------|---------------------|----------------------|
|                        | <b>(mmHg)</b>       | <b>(mmHg)</b>        |
| Normal                 | <120                | <80                  |
| Pré Hipertensão        | 120 a 139           | 80 a 89              |
| Hipertensão Estágio I  | 140 a 159           | 90 a 99              |
| Hipertensão Estágio II | > 160               | 100                  |
| Sistólica isolada      | > 140               | < 90                 |

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011, p. 26)

A HAS pode ser responsável pelo desenvolvimento de comorbidades a exemplo da doença coronariana, dos acidentes vasculares cerebrais (AVC), da

insuficiência renal, das doenças vasculares periféricas. As comorbidades consistem em complicações da hipertensão, diferentemente dos fatores de risco que são condições e comportamentos os quais contribuem com o desenvolvimento da doença hipertensiva. (MACHADO, 2012).

Ainda segundo o autor, a doença não ocorre instantaneamente, existe um conjunto de fatores que estão associados ao seu desenvolvimento e agravo. Estes fatores são os chamados fatores de risco, podendo ser citados: idade, sexo/ gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo, ainda tabagismo e a não adesão ao tratamento. O autor destaca a não adesão ao tratamento um dos grandes problemas enfrentados com o usuário.

Um dos maiores problemas para este controle é falta de adesão ao tratamento que ocorre em até 40% dos hipertensos, uma vez que além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos que nem sempre são bem aceitas. (MACHADO, 2012, p. 03).

Para Quintana, (2011), o tratamento da HAS representa um desafio para os profissionais da saúde, mesmo com tantos avanços farmacológicos. A equipe multiprofissional é reconhecida necessária para o sucesso do tratamento, pois muitas vezes os pacientes resistem às mudanças de hábitos de vida tão essencial na terapêutica da hipertensão.

Segundo Dosse, (2009), a adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando as orientações médicas ou de saúde coincidem com o comportamento do indivíduo em relação ao hábito de usar os medicamentos, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas, ou seja, trata-se de uma concordância do paciente com as recomendações, “pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento”. (DOSSE, 2009, p. 03).

O autor ainda cita algumas formas de se estimar a frequência ao tratamento, como a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos, ou seja, envolve o tratamento medicamentoso e não

medicamentoso. Sendo assim, o controle da HAs está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico.

Além dos fatores de risco como citados acima relacionados ao estilo de vida, o autor inclui o estresse emocional e a reatividade do sistema nervoso simpático podendo desempenhar um papel na hipertensão arterial ao longo do tempo, estabelecendo relação entre a hipertensão e os fatores emocionais (QUINTANA, 2011).

A doença além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Déficits cognitivos como doença de Alzheimer e demência vascular, também tem na HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Esta multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

O diagnóstico da HAS é realizado por meio da “detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual”. A PA deve ser avaliada em toda consulta médica de qualquer especialidade ou por qualquer profissional da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010,p. 39).

Uma vez diagnosticada adequadamente o quadro de hipertensão arterial sistêmica, inicia-se o tratamento e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde na atenção básica. Ela apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente de suas complicações: cerebrovasculares, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde a HAS além de causar alta morbimortalidade, apresenta perda importante da qualidade de vida, reforçando a importância do seu diagnóstico precoce. Ainda destaca-se que para o seu diagnóstico e tratamento não são necessárias tecnologias de alto custo. As mudanças no estilo de vida e o uso regular de medicamentos de baixo custo e

com poucos efeitos colaterais contribuem para o controle da doença na atenção básica (BRASIL, 2013).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013 p. 35).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são sobretudo, das equipes de atenção básica. Estas equipes são multiprofissionais cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita levando-se em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006).

Sendo assim, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da doença, ações importantes na ABS. Uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e controle de peso, a prática de atividades físicas contribuem com o controle da doença.

Atitudes como ao abandono do tabagismo, a redução do uso excessivo de álcool também são fatores que precisam ser abordados e controlados constantemente, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2006).

## **5.2 Rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando comparecer à unidade de saúde, para consultas, atividades educativas, procedimentos e outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos deverá tê-la registrada e verificada. Pacientes com pressão limítrofe estão sob risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial, cabendo repetir o exame anualmente (BRASIL, 2013).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo

mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas subsequentes e divide-se por três. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico da hipertensão deve ser realizado de forma segura, por se tratar de uma condição crônica e que exigirá do indivíduo cuidados necessários. Deve-se evitar aferir a pressão nos momentos de estresse físico e emocional, pois a elevação da PA pode ser consequência destas condições e possivelmente momentâneas, sujeitas a modificações posteriores.

O quadro a seguir apresenta os valores da pressão em consultório, a MAPA que pode ser entendida como a monitorização ambulatorial da pressão arterial, é uma técnica que permite obter medidas múltiplas e indiretas do paciente por 24 horas em execução de suas atividades normais. O método AMPA fornece uma estimativa real da PA, sendo que as aferições ocorrem no ambiente próprio do paciente, sendo uma auto medida da PA.

O que difere o método da AMPA e MRPA é que na AMPA não há uma sistematização de horários de aferição, enquanto na MRPA deve-se seguir um protocolo de horário e número de medidas pré-estabelecidas. Os valores diagnósticos de hipertensão arterial por MRPA correspondem à pressão maior ou igual a 130 x 85 mmHg, como segue no quadro 2 (BRASIL, 2013).

**Quadro 2 - Valores de pressão no consultório Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.**

|  | Consultório | Mapa vigília | Ampa     | MRPA    |
|--|-------------|--------------|----------|---------|
| <b>Normotensão ou hipertensão controlada</b> | <140/90     | <130/85      | ☐☐130/85 | <130/85 |
| <b>Hipertensão</b>                           | >140/90     | >130/85      | >130/85  | >130/85 |
| <b>Hipertensão do avental branco</b>         | >140/90     | <130/85      | <130/85  | <130/85 |

|                    |         |          |         |         |
|--------------------|---------|----------|---------|---------|
| <b>Hipertensão</b> | <140/90 | > 130/85 | >130/85 | >130/85 |
| <b>mascarada</b>   |         |          |         |         |

Nota: MAPA = monitorização ambulatorial de PA de 24 hs. Ampa - Automedida de PA, MRPA; monitorização residencial da PA.

**Fonte:** (BRASIL, 2013).

Indivíduos com pressão alterada no consultório, devido a reação de alerta e normal no MAPA ou na MRPA tem hipertensão do avental branco. Este tipo de hipertensão caracteriza-se quando o paciente apresenta níveis de pressão arterial persistentemente elevadas (140/90 mmHg) no consultório e mantém valores considerados normais na residência ou em ambientes que frequente (BRASIL, 2013).

Estima-se que um terço dos indivíduos hipertensos em consultório tem síndrome de avental branco, assim denominada pelo estresse que sofre diante da figura do profissional. Há tendências em se estabelecer rastreamento de hipertensão arterial com medida de PA no consultório e fora do consultório, mas não há diretrizes sobre esta periodicidade (BRASIL, 2013).

A equipe de saúde deve fornecer uma melhor educação e informação sobre a doença e fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da hipertensão e de quadros cardiovasculares mais complexos e facilitar a adesão ao tratamento por parte do hipertenso (MACHADO, 2012). O autor enfatiza que:

Sendo assim, é preciso que as orientações sejam dadas de forma mais clara possível para que o entendimento aconteça, bem como as mesmas devem estar conectadas com a vida da pessoa e a vivência que ela tem com a HAS, de forma específica e personalizada (MACHADO, 2012, p 10).

Desta forma, percebe-se que todas as orientações voltadas ao paciente com HAS devem ser focadas para o reconhecimento dos sintomas de descontrole da doença e posições agravos da mesma. Além disso, não basta apenas orientar sobre o tratamento, mas também explicitar os objetivos, metas propostas, envolvendo o usuário ativamente em seu processo de tratamento possibilitando uma melhor adesão e incorporação de mudanças de hábitos e estilo de vida.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 - Diagnóstico em saúde da ESF São Pedro II**

Os dados do diagnóstico em saúde foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade, prontuários e de observação ativa da área. A observação ativa da área foi realizada durante as visitas domiciliares. A médica fez as visitas, junto às ACS, a fim de conhecer a condição de saúde da população.

Para um diagnóstico mais preciso, durante as consultas médicas na unidade de saúde, foram coletados alguns dados para o projeto.

### **6.2 - Identificação dos problemas**

A partir da realidade vivenciada na ESF São Pedro II, podem-se destacar os seguintes problemas:

- Baixa adesão dos hipertensos ao tratamento: A HAS é percebida como problema prioritário na ESF pelo elevado número de pessoas cadastradas na unidade com esse quadro;
- Descrença da população nos serviços da ESF;
- Elevado número de pacientes com Diabetes Melitus;
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos: quantidade considerável de usuários na unidade de saúde com quadros depressivos e de ansiedade em uso de antidepressivos e ansiolíticos.
- Um dos problemas enfrentados na comunidade que atua é a baixa participação dos pacientes hipertensos em grupos operativos. Em sua grande maioria apresentam resistência em participar de atividades que incluem troca de experiências, bem como apresentam um controle inadequado com dieta saudável e de atividades físicas.

### **6.3 Priorização dos problemas.**

Após a definição dos problemas, a equipe procedeu à priorização dos mesmos. Como sugerido por Campos, Faria e Santos (2010), os critérios para priorização dos problemas foram: prevalência, importância e a capacidade de enfrentamento do problema.

Dentre todos os problemas apontados foi priorizado pela equipe de saúde a baixa adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da HAS.

### **6.4- Descrição do Problema**

A HAS, por ser uma doença multifatorial, exige atenções voltadas para vários objetivos e várias abordagens. Prevenir e tratar a HAS envolve fornecer informações sobre a doença, suas complicações, o que sugere modificações no estilo de vida e adequações ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2011).

### **6.5 - Explicação do Problema**

A HAS foi escolhida como prioridade e merece atenção e planejamento de estratégias de enfrentamento. Essa doença é considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. Este problema de saúde foi destacado como prioritário devido ao alto índice de hipertensos na área de adscrição e o baixo controle da HAS.

O impacto da baixa adesão na área envolve os agravos da doença como acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica entre outros e ainda altos índices de morbi-mortalidade, sendo consideráveis e desta forma, possíveis de intervenções por parte da ESF que possibilitem abordar a problemática existente na unidade.

## **6.6 - Identificação de “nós críticos”**

Após a seleção dos problemas na unidade prioriza-se a baixa adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da HAS. Foram identificados alguns nós críticos para o problema prioritário na ESF São Pedro II em Governador Valadares.

- Baixo nível de instrução dos usuários;
- Hábitos e estilo de vida da população que comprometem os cuidados para com a HAS;
- Processo de trabalho da equipe de saúde da ESF que não favorece o atendimento dos usuários portadores da HAS.

Diante deste levantamento acima e da realidade apontada no diagnóstico situacional em saúde da ESF São Pedro II é que se apresenta o Plano de Ação a seguir. Este plano tem como relevância intervir em uma realidade vivenciada na área de abrangência e passível de enfrentamento.

**Quadro 3- Desenho de operações para os "nós" críticos do problema  
"Baixa adesão dos Hipertensos ao Tratamento da ESF São Pedro II,  
Governador Valadares /MG"**

| Nó crítico   | Operação projeto   | Resultados esperados   | Produtos esperados  | Recursos necessários   |
|--|--|--|---|--|
| Baixo nível de instrução da população                    | <b>Entendendo a HAS</b><br>Orientar a população sobre a HAS, tratamento e controle   | Usuários orientados, conscientes sobre a HAS e mais responsáveis com o tratamento. | População consciente da sua doença e tratamento, consistentemente níveis pressóricos controlados. | -Organizacional: organização da agenda para as atividades de orientação individual e atendimento de grupo. Palestras, reuniões e rodas de conversa.<br>-Cognitivo: aprendizado sobre o tema<br>-Financeiro: recursos materiais |
| Hábitos e estilo de vida da população inadequados        | <b>Atenção na saúde</b><br>Estimular a população a aquisição de hábitos saudáveis  | Usuários ativos no adocimento crônico, bem orientados e conscientes                | População promovendo a saúde, boa aceitação nas mudanças de hábitos e estilo de vida              | Financeiro: recursos materiais<br>Organizacional: planejamento da agenda e preparação de local adequado para os encontros.   |
| Falhas no processo de trabalho da equipe de saúde da ESF | <b>Equipe da saúde em ação</b><br>Discutir o processo de trabalho e propor mudanças<br>Promover articulação entre equipe de saúde e usuários | Equipe consciente das suas atribuições na ESF.<br>Equipe bem articulada entre si.  | Profissionais da saúde unidos e conscientes do seu papel na comunidade                            | Organizacional: para articulação com dispositivos como NASF<br>Cognitivo: aprendizado do tema, planejamento das ações<br>Financeiro: organização de materiais, data show e materiais para dinâmicas.                           |

Fonte: autoria própria

## 6.7 Recursos Críticos identificados

### Quadro 4 – Recursos Críticos identificados para o problema da baixa adesão dos hipertensos ao tratamento

| Operação – Projeto  | Recursos críticos   |
|---|---|
| <p><b>Entendendo a HAS</b></p> <p>Orientar a população sobre a HAS, tratamento e controle</p>   | <p>-Organizacional: organização da agenda para as atividades de orientação individual e atendimento de grupo. Palestras, reuniões e rodas de conversa.</p> <p>-Cognitivo: aprendizado sobre o tema</p> <p>-Financeiro: recursos materiais</p> |
| <p><b>Atenção na saúde</b></p> <p>Estimular a população a aquisição de hábitos saudáveis</p>  | <p>Financeiro: recursos materiais</p> <p>Organizacional: planejamento da agenda e preparação de local adequado para os encontros.</p>   |
| <p><b>Equipe da saúde em ação</b></p> <p>Discutir o processo de trabalho e propor mudanças</p> <p>Promover articulação entre equipe de saúde e usuários</p> | <p>Organizacional: para articulação com dispositivos como NASF</p> <p>Cognitivo: aprendizado do tema, planejamento das ações</p> <p>Financeiro: organização de materiais, data show e materiais para dinâmicas.</p>                           |

Fonte: Autoria própria

## 6.8 -Viabilidade do plano de intervenção

### Quadro 5 – Viabilidade do plano de intervenção

| Operações/Projeto  | Recursos Críticos   | Controle dos recursos Críticos         |     |           |                      |
|--|---|--|-----|-----------|----------------------|
|  |   | Ator que controla Ações estratégicas   | que | Motivação |                      |
| <p><b>Entendendo a HAS</b></p> <p>Orientar a população sobre a HAS, tratamento e controle</p>  | <p>-Organizacional: organização da agenda para as atividades de orientação individual e atendimento de grupo. Palestras, reuniões e rodas de conversa.</p> <p>-Cognitivo: aprendizado sobre o tema</p> <p>-Financeiro: recursos materiais</p> | Secretaria de Saúde Coordenação de ESF | de  | Favorável | Apresentar o projeto |
| <p><b>Atenção na saúde</b></p> <p>Estimular a população a aquisição de hábitos saudáveis</p>   | <p>Financeiro: recursos materiais</p> <p>Organizacional: planejamento da agenda e preparação de local adequado para os encontros.</p>   | Secretário de Saúde Coordenação de ESF | de  | Favorável | Apresentar o projeto |
| <p><b>Equipe da saúde em ação</b></p> <p>Promover articulação entre equipe de saúde e usuários.</p> <p>Discutir o processo de trabalho e propor mudanças</p> | <p>Organizacional: para articulação com dispositivos como NASF</p> <p>Cognitivo: aprendizado sobre o tema, planejamento das ações</p> <p>Financeiro: organização de materiais, data show. E materiais para dinâmicas.</p>                     | Secretário de Saúde                    | de  | Favorável | Apresentar o projeto |

Fonte: autoria própria

## 6.8 -Plano operativo

**Quadro 6 – Plano operativo do projeto de intervenção**

| Operações                      | Resultados   | Produtos  | Ações estratégicas                           | Responsável  | Prazo                                   |
|--------------------------------|--|---|--|--|---|
| <b>Entendendo a HAS</b>        | População mais orientada sobre doença, tratamento e agravos da HAS descompensada | População consciente da sua doença e tratamento, consequentemente níveis pressóricos controlados. | Palestras e dinâmicas<br>Formação de grupos  | Médica, enfermeira da Unidade de saúde             | Dois meses para o início das atividades |
| <b>Atenção na saúde</b>        | Usuários ativos e conscientes de seu estado de saúde                             | População promovendo a saúde, boa aceitação nas mudanças de hábitos e estilo de vida              | Palestras e dinâmicas reflexivas             | Médica, Enfermeira e Agentes comunitários de saúde | Três meses para o início das atividades |
| <b>Equipe da saúde em ação</b> | Equipe consciente das suas atribuições na ESF                                    | Profissionais da saúde unidos e conscientes do seu papel na comunidade                            | Formação de grupos de reflexões<br>Dinâmicas | Médica da Unidade e enfermeira equipe do NASF      | Quatro meses para o início do projeto   |

Fonte: autoria própria

## 6.9 -Monitoramento e avaliação do Plano de ação

**Quadro 7 - Planilha de Acompanhamento - Usuários orientados sobre a HAS –**

| Indicadores   | Momento atual  | Em 6 meses | Em 1 ano |
|---|----------------|------------|----------|
|   | %              | %          | %        |
| Usuários com pouco conhecimento sobre a HAS             | (média)<br>70% |            |          |
| Usuários com pouco conhecimento sobre a HAS esperados   | 75%            |            |          |
| Usuários com pouco conhecimento sobre a HAS confirmados | 70%            |            |          |
| Usuários com interesse em aprender sobre a HAS          | 80%            |            |          |
| Usuários que aprenderam HAS                             | 70%            |            |          |

Esta planilha será preenchida melhor no decorrer do projeto, mas este monitoramento será essencial para observar mudanças e objetivos alcançados. As intervenções propostas têm coerência com os problemas identificados, são passíveis de execução diante do público alvo e problemática encontrada no momento.

Com os objetivos propostos espera-se conseguir bons resultados no que se refere à compreensão dos usuários sobre a HAS e promovendo melhor qualidade de vida do hipertenso e minimização dos agravos da doença. Com estas ações que serão propostas, espera-se um impacto significativo no problema e minimização do mesmo.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou abordar o tema da HAS, bem como a dificuldade de adesão ao tratamento pelos usuários hipertensos, sendo esta problemática de grande prevalência na Estratégia Saúde da Família São Pedro II em Governador Valadares.

Por meio do diagnóstico situacional em saúde na unidade priorizou-se esta demanda pensando em sua capacidade de enfrentamento. Do referencial teórico pesquisado, foi possível detectar que a HAS é considerada um problema de saúde pública que requer cuidados e manejos.

Os índices pressóricos descompensados predispõe o paciente a risco cardiovascular e renovascular aumentados, assim como é causa responsável por número de óbitos consideráveis. Os dados pesquisados são relevantes, por isso a possibilidade de enfrentamento torna-se necessária na AB.

Desta forma, a ESF é um dispositivo que através de suas ações no foco da educação em saúde, pode intervir de forma positiva na abordagem aos usuários hipertensos, tornando o usuário mais consciente, orientado sobre a doença e tratamento, com maior adesão ao tratamento, prevenindo assim os agravos da doença.

A proposta de intervenção apresentada tem sua importância, pois permite intervir a partir da realidade vivenciada na área de abrangência da ESF São Pedro II. Esta forma de intervenção permite realizar um trabalho com a equipe multiprofissional.

Este trabalho interdisciplinar possibilita a contribuição de cada profissional com sua abordagem, podem repensar as ações na comunidade, avaliar os reais problemas na unidade e ainda acompanhar os resultados, pois as reuniões e encontros servirão para visualizar o andamento do projeto.

Espera-se um maior controle dos índices pressóricos dos pacientes, a partir do momento que estes envolvam melhor no processo de adoecimento, uma melhor participação da comunidade nas ações educativas em saúde como do Hiperdia, envolvendo as palestras e oficinas educativas.

Sabendo que apenas a informação não gera mudanças de hábitos e estilo de vida, mas sim a conscientização da doença e tratamento, propôs-se

um plano de ação de caráter educativo a fim de gerar impactos positivos à população. Por isso, as estratégias saúde da família têm instrumentos possíveis de levar promoção e prevenção à saúde através de ações práticas e acolhedoras numa interação entre usuário, família e equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 69 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 02/09/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf) . Acesso em 02.12.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf) . Acesso em 13.10.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf). Acesso em: 30/11/2015.

CAMPOS, FARIA, SANTOS et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DOSSE, C; CESARINO, C. B. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino Americana Enfermagem*. V.17, nº2. São José do Rio Preto. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf). Acesso em: 17/01/2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, MG. **Aspectos gerais de Governador Valadares**. Disponível em: [http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/aspectos\\_gerais](http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/aspectos_gerais). Acesso em 06/10/2015.

QUINTANA, J.F. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. **Revista SBPH**. v. 14. nº1. Rio de Janeiro, 2011. Acesso em: 15/11/2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000100002&script=sci_arttext).

MACHADO, M.C; PIRES G.C; LOBÃO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. v. 17, nº1. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590%2FS1413-81232012000500030> Acesso em: 16/11/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol**. 2010, v.95, (1 sup 1): 1-51. Disponível em:<<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>>. Acesso em 10/08/2015.

