

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

ANA PAULA LARA

**BAIXA ADESAO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL POR PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS - MG**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

ANA PAULA LARA

**BAIXA ADESAO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL POR PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS - MG**

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

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2015

ANA PAULA LARA

**BAIXA ADESAO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL POR PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SÃO PEDRO DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS - MG**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte, em 19/01/2015

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que é a fonte da minha existência.

Agradeço minha filha que sempre me incentivou a correr atrás de meus sonhos.

A meu namorado pela paciência, força e incentivo.

A equipe do PSF São Pedro a qual eu acompanhei.

A minha orientadora pela compreensão e disponibilidade, o meu muito obrigado.

A minha querida amiga Solange, sem você eu não estaria aqui.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um problema de saúde, crônico, sendo seu controle uma preocupação para os profissionais de saúde. A adesão dos pacientes ao tratamento constitui um desafio que os profissionais de saúde, principalmente para aqueles que atuam na Atenção Primária a Saúde em nosso país. O presente trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao autocuidado pelos pacientes com hipertensão arterial da área de abrangência da equipe de Saúde da Família São Pedro, município de Pará de Minas - MG. O primeiro passo metodológico foi a realização do diagnóstico situacional pela equipe de saúde. Em seguida, procedeu-se à realização da revisão de literatura, cuja busca foi na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* e da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde. Tais resultados deram sustentação teórica à elaboração do plano de intervenção que engloba quatro projetos: Vamos fazer a diferença, Saúde pela vida, Saber me cuidar e Educar para a vida. Espera-se com a implantação do plano de intervenção que as ações desenvolvidas pela equipe possibilitem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos de sua área de abrangência, principalmente no que se refere ao autocuidado.

Palavras chave: Hipertensão. Tratamento. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is considered a chronic health problem, being your control a concern for health care professionals. Patients ' adherence to treatment constitutes a challenge that health professionals, especially for those working in Primary Health Care in our country. This paper aims to draw up a contingency plan to improve adherence to self-care by patients with hypertension of the area covered by the family health team São Pedro, municipality of Pará de Minas-MG. The first methodological step was the realization of situational diagnosis by health team. Then proceeded to the completion of the literature review, whose search has been in the Virtual Health Library, in the databases of the Scientific Electronic Library Online and the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences. Such results have theoretical support to the elaboration of the action plan that encompasses four projects: we are going to make a difference, health for life, Knowing take care of and educate for life. It is expected with the implementation of the contingency plan that the actions developed by the team allow the improvement of the quality of life of hypertensive patients of their service area, mainly as regards self-care.

Keywords: Hypertension. Treatment. The family health program.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO...	13
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5.1 Recomendações para diagnóstico e seguimento.....	15
5.2 Avaliação clínica e laboratorial.....	16
5.3 Tratamento.....	17
5.3.1 Tratamento não medicamentoso.....	17
5.3.2 Tratamento medicamentoso.....	18
5.4 Aspectos da adesão ao tratamento.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.	32

1 INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), a origem do município Pará de Minas - MG está ligada ao deslocamento de aventureiros e bandeirantes à procura de ouro e pedras preciosas, no final do século XVII.

O município surgiu com a descoberta das minas de Pitangui, local que se tornou centro de migração e riqueza na área compreendida entre os rios Paraopeba, São João e Pará.

Havia um ponto de pouso situado às margens do Ribeirão Paciência, onde muitos se fixavam, dedicando-se ao trato da terra e à criação de animais. Segundo antigos relatos, entre os que permaneceram no local estava o mercador português Manuel Batista, apelidado de “Pato Fofo”, em virtude de seu peso excessivo e de sua baixa estatura.

Manuel Batista estabeleceu-se em uma fazenda que passou a explorar, e sua fama logo alcançou outros domínios da região. A casa onde residiu é considerada a primeira residência construída na cidade e, atualmente, abriga o Museu Histórico de Pará de Minas. Em decorrência da alcunha adquirida pelo português, o local ficou conhecido como Patafufio ou Patafufu, corruptelas de “Pato Fofo”. Atualmente, com aproximadamente 85 mil habitantes, Pará de Minas exemplifica perfeitamente o ideário da mineiridade. Ao mesmo tempo em que tem conservada sua memória histórica, o Município projeta-se no cenário estadual pelo seu progresso e potencial de desenvolvimento (IBGE, 2014, sp.).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a área da unidade territorial do município é de 551.247 km², sendo que 9.939 km² constituem a zona urbana e os 541.308 km² restantes constituem a zona rural. Está a uma distância de 86 quilômetros a oeste da capital mineira, fazendo parte do colar metropolitano de Belo Horizonte juntamente com outras 16 cidades. Seus municípios limítrofes são: São José da Varginha, a norte; Onça de Pitangui, a nordeste; Conceição do Pará, a leste; Igaratinga, a sudoeste; Mateus Leme e Itaúna, a sul; Florestal, a leste; e Esmeraldas, a nordeste.

Em 2010, a população do município era de 84 215 habitantes, com uma densidade demográfica de 152,77hab/km², sendo estimada para uma população de 90.306 habitantes para 2014. Economicamente é uma cidade urbana com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,725. Segundo o IBGE, 55,49% das residências sobreviviam com menos de salário mínimo mensal por morador (14 138 domicílios), 35,90% sobreviviam com entre um e três salários mínimos para cada pessoa (9 141 domicílios), 4,48% recebiam entre três e cinco salários (1 142 domicílios), 2,83% tinham rendimento mensal acima de cinco

salários mínimos (720 domicílios) e 1,31% não tinham rendimento (334 domicílios) (IBGE, 2014)

A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) é responsável pelo fornecimento de água e a coleta de esgoto da cidade e em 2008, havia 24 968 unidades consumidoras e eram distribuídos em média 15 160 m³ de água tratada por dia (WIKIPÉDIA, 2014).

Os quadros 1 e 2 mostram como o abastecimento de água e a coleta de esgoto estão distribuídos no município.

Quadro 1 - Consolidado das famílias cadastradas em Para de Minas em 2014

Abastecimento de água	Numero	Porcentagem
Rede publica	20110	97,52
Poço ou nascente	499	2,42
Outros	12	0,06

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (2014)

O serviço de coleta de esgoto da COPASA atende a mais de 93% da população e os dejetos coletados pela companhia eram encaminhados à estação de tratamento, inaugurada em 2007, sendo então lançados no ribeirão Paciência.

Quadro 2 - Consolidado das famílias cadastradas em Para de Minas em 2014

Destino fezes/urina	Número	Porcentagem
Sistema de esgoto	20032	97,14
Fossa	464	2,74
Céu aberto	25	0,12

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (2014)

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Pará de Minas prioriza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como processo de trabalho norteador da atenção à saúde. Possui, atualmente, 19 equipes de saúde, 2 na área rural e 17 na área urbana que atendem cerca de 83% da população.

A Unidade Básica de Saúde “Professor Mário Luiz Silva” está localizada a Rua Paulo Braz de Menezes, nº 140, no Bairro São Pedro. É uma unidade tipo I e comporta a ESF São Pedro. O horário de funcionamento é de 07 às 16 horas, de segunda a sexta.

Em se tratando da área de abrangência da Unidade de Saúde da equipe de saúde da família São Pedro a condição econômica da população pode ser classificada em classe média baixa. No bairro existe uma igreja, duas escolas, uma creche. No bairro há telefonia, luz elétrica e abastecimento de água.

O quadro de funcionários é constituído por 15 funcionários: seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar administrativa, um auxiliar de serviços gerais, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um médico de apoio, uma enfermeira, um psicólogo, um nutricionista.

Em relação à estrutura física, a casa é alugada e adaptada ao serviço dividida em recepção, sala para pré consulta, sala de vacinas, sala para o enfermeiro, sala para o protocolo de Manchester, consultório médico, cozinha que é dividida por um armário para funcionários, a varanda é a sala de espera. Tem ainda sala de curativo. As reuniões são feitas no salão da igreja por falta de espaço no ambiente da unidade.

Por meio do diagnóstico situacional foi possível detectar problemas que prejudicam a saúde da população e dentre eles estão: baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial, incidência de dengue no território, gravidez na adolescência, sobrecarga de trabalho da equipe, falta de tempo para visitas domiciliares para profissionais especializados, faltas nas consultas para prevenção de câncer do colo do útero, incidência de drogas na comunidade, alcoolismo, diabetes e violência entre outros.

O número de hipertensos e diabéticos que equipe de saúde “São Pedro” no bairro São Pedro em Pará de Minas – MG acompanha é bem alto. O programa de monitoramento dos níveis glicêmicos e pressóricos dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e também de novos usuários (HIPERDIA), o desenvolvimento do trabalho em grupo e o trabalho continuo das agentes de saúde tem facilitado o acompanhamento. Entretanto, ainda são insuficientes, pois a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento deixa muito a desejar, sendo que é grande a demanda de pacientes que apresentam crise hipertensiva que não aderem ao

tratamento e aos cuidados propostos. Este fato é preocupante, considerando que as complicações decorrentes da hipertensão arterial são possíveis de ser evitadas.

Esta situação da comunidade em relação à falta de controle e adesão ao tratamento da hipertensão despertou em mim o desejo de elaborar um plano de intervenção que possibilitasse a equipe de saúde utilizar estratégias para melhorar essa adesão dos hipertensos ao tratamento de hipertensão.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica, em nosso país, constitui “um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais”. Esta responde por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular cerebral, “25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal” (BRASIL, 2006, p.9).

A mortalidade por doença cardiovascular predomina nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e embora o tratamento medicamentoso e não medicamentoso sejam bem conhecidos, a HAS ainda é uma doença de difícil controle uma vez que geralmente a adesão ao tratamento é baixa (MANO; PIERIN, 2005).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso (BRASIL, 2006, p.9).

Nesse sentido, justifica-se a preocupação com a assistência a saúde dos pacientes com hipertensão porque se não tratada adequadamente pode ocorrer agravamento de suas complicações e outras comorbidades que podem levar a sequelas graves. Espera-se com a implantação do plano de intervenção que as ações desenvolvidas pela equipe possibilitem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos de sua área de abrangência, principalmente no que se refere ao autocuidado.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao autocuidado pelos pacientes com hipertensão arterial da área de abrangência da equipe de Saúde da Família São Pedro, município de Pará de Minas - MG.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O primeiro passo metodológico foi o diagnóstico situacional que a equipe de saúde fez, com isso foram obtidos os dados da área de abrangência da equipe de saúde. Dados esses referentes à saúde da população, condições sócioeconômicas, condições de moradia e saneamento. Em seguida foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência à saúde da população. Com esse levantamento foi priorizado intervir na baixa adesão do hipertenso ao tratamento.

O segundo passo constituiu-se na revisão de literatura, cuja busca foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), utilizando-se livros, artigos, teses, entre outros publicados no período de 2005 a 2014.

Os descritores utilizados são os seguintes:

Hipertensão.

Tratamento

Programa Saúde da Família.

Finalmente, o terceiro passo foi elaboração do plano de intervenção, tendo como referência o planejamento estratégico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A população brasileira desde a metade do século passado sofreu intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, o que incluiu no seu perfil epidemiológico o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde que alteram a qualidade de vida de saúde das pessoas (REINERS *et al.*, 2008).

Para Freire e Tedoldi (2009, p.159), a prevalência da HAS é variável de acordo com “a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal”.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população brasileira e mundial tem alta prevalência, grande impacto na morbidade e suas complicações elevam o custo econômico e social para a nação. Aproximadamente 1 bilhão de pessoas são hipertensas no mundo, e 7,1 milhões de óbitos estão relacionados à hipertensão, anualmente. Dos 50 milhões de norte americanos hipertensos, 70% conhecem o diagnóstico, porém apenas 59% são tratados e 34% estão controlados (CORREA *et al.*, 2006).

Piancastelli, Di Spirito e Flisch (2013, p.133) destacam que:

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um fator de risco bem-estabelecido para todas as manifestações da doença aterosclerótica, podendo ocasionar diversas complicações para as pessoas, entre as quais: acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

5.1 Recomendações para diagnóstico e seguimento

O Ministério da Saúde considera que a Hipertensão Arterial é 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” (BRASIL, 2006, p.14).

Para diagnóstico e seguimento nos casos de HAS podem ser usados os dados do quadro 3.

Quadro 3 - Recomendações para o seguimento: prazos máximos para reavaliação*

Pressão Arterial inicial (mmhg)**		Seguimento
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano Estimular mudanças de estilo de vida
130 - 139	85 – 89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças do estilo de vida
149 -159	90 - 99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160 - 179	100 - 109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
>180	>110	Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana***

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA - monitorização residencial da pressão arterial. * Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente. ** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo mais alto nível de pressão. *** Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).

5.2 Avaliação clínica e laboratorial

Os objetivos da avaliação clínico-laboratorial são: confirmar o diagnóstico de HAS por meio da aferição da pressão arterial; identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares; investigar lesões em órgãos-alvo, clínicas ou subclínicas e presença de outras doenças associadas; estratificar o risco cardiovascular global; avaliar indícios do diagnóstico de hipertensão arterial secundária (CONSOLIM-COLOMBO *et al.*, 2010).

Na avaliação clínica a anamnese e o exame físico são fundamentais. Na anamnese faz-se um levantamento criterioso da história clínica do paciente, coletando dados relevantes quanto a tratamento prévio de hipertensão e tempo do mesmo, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo. Deve-se colher também informações sobre o histórico familiar de doença cardiovascular, condições sociais e econômicas e características do estilo de vida, como ocupação laboral, atividade física, alimentação, consumo de tabaco, álcool e outras drogas. É importante também identificar o uso de medicamentos como anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, entre outros. Em alguns casos a participação do familiar pode elucidar informações (PIANCASTELLI; DI SPIRITO; FLISCH, 2013).

O exame físico deve ser minucioso, investigando-se sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. No exame físico obtêm-se dados, como aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e medidas antropométricas, como o índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral). Em mulheres a referencia para esta circunferência é de até 88 cm e em homens até 102 cm. Na inspeção deve-se atentar para os exames de pescoço, do precórdio, do pulmão, do abdome, extremidades (PIANCASTELLI; DI SPIRITO; FLISCH, 2013).

Na avaliação laboratorial, segue-se a rotina laboratorial básica em Atenção Primária para o paciente hipertenso: exame de urina rotina, dosagem de potássio, hematócrito, glicemia de jejum, ácido úrico plasmático, colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL), lipoproteína de alta densidade, (HDL) e triglicérides, dosagem de creatinina. Inclui-se também o eletrocardiograma convencional. Outros exames poderão ser necessários dependendo de cada caso (PIANCASTELLI; DI SPIRITO; FLISCH, 2013).

5.3 Tratamento

O tratamento do paciente com HAS envolve o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso.

5.3.1 Tratamento não medicamentoso

No tratamento não medicamento o foco principal está na ação educativa que quando bem planejada refletem positivamente na adequação de alguns comportamentos e na melhora dos níveis pressóricos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) relaciona algumas modificações no estilo de vida que pode reduzir o nível pressórico.

Piancastelli, Di Spirito e Flisch (2013) apresentam algumas modificações de vida, recomendações e redução aproximada da pressão arterial sistólica, o que pode ser visto no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica

Modificação	Recomendação	Efeito aproximado na redução da PAS*
Controle do peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH).	8 a 14 mmHg
Redução do consumo do sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia): = no máximo três colheres de café rasas de sal (= 3 g) + 2 g de sal dos próprios alimentos.	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo de etanol a: 30 g/dia para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhada três vezes/semana durante no mínimo 30 minutos por dia, para prevenção, e diariamente para tratamento.	4 a 9 mmHg
Tabagismo	Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular	

Fonte: Modificado por Piancastelli, Di Spirito e Flisch (2013) de Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010, p. 19). * Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

5.3.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento da hipertensão arterial tem como objetivo primordial “a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais e, se possível, a taxa de mortalidade” (KOHLMANN JUNIOR, 2010, p.29).

Neste sentido, a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva deve ser eficaz por via oral, ser bem tolerada pelo paciente e possibilitar a administração em menor número de vezes ao dia, e preferência com posologia de dose única (BRASIL, 2006).

Piancastelli, Di Spirito e Flisch (2013, p.40) tecem algumas recomendações quanto ao tratamento medicamentoso:

- Iniciar com as mais baixas doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente. Deve se levar em conta que quanto mais alta a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos.
- Considerar o uso combinado de medicamentos anti-hipertensivos.
- Respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança da associação de fármacos.
- Instruir o paciente sobre a doença hipertensiva, particularizando a necessidade do tratamento continuado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos.
- Considerar as condições socioeconômicas dos pacientes portadores de hipertensão estágio dois.

Quadro 5 - Classes de anti-hipertensivos mais comumente disponíveis nas Unidades de Atenção Básica

Classe	Mecanismo de ação	Principais representantes
Diuréticos	O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. A espironolactona é poupador de potássio, por isso, seu uso exige cuidados especiais.	Hidroclorotiazida Clortalidona Idapamina Furosemida Espironolactona
Inibidores adrenérgicos de ação central	Agonistas alfa-2 centrais: atuam estimulando os receptores alfa-2 adrenérgicos pré-sinápticos no sistema nervoso central, reduzindo o tônus simpático.	Alfametildopa Clonidina
Beta-bloqueadores (BB)	Bloqueadores beta-adrenérgicos: seu mecanismo anti-hipertensivo envolve diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e diminuição das catecolaminas nas sinapses nervosas.	Propranolol Atenolol Carvedilol
Bloqueadores dos canais de cálcio (BCC)	Agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. São eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos.	Anlodipina
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA)	Agem fundamentalmente pela inibição da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, embora outros fatores possam estar envolvidos nesse mecanismo de ação. São eficazes no tratamento da HAS, reduzindo a morbidade e a mortalidade cardiovasculares nos hipertensos.	Captopril Enalapril
Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (ARA II)	Antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1.	Losartana

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010)

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão consideram que a finalidade primordial do tratamento da HAS é reduzir a morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares. Portanto, não basta apenas a redução do nível pressórico pelo uso de anti-hipertensivos, mas também a redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

5.4 Aspectos da adesão ao tratamento

Embora se encontrem várias definições de adesão, Galvão *et al.* (2009, p.39) consideram que de modo geral adesão “significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente”.

Galvão *et al.* (2009) apontam alguns fatores que podem influenciar negativamente a adesão do paciente hipertenso ao tratamento e que se a equipe de saúde os identifica, a mesma pode traçar estratégias de intervenção precocemente.

Entre estes fatores estão os relacionados ao paciente, como idade, escolaridade, crenças religiosas e de saúde, aspectos culturais e hábitos de vida e os relacionados ao tratamento como número e frequência das doses, número de comprimidos, tratamentos anteriores sem sucesso. Incluem também os relacionados à própria doença, principalmente a falta de sintomas e ao comprometimento do cuidador, no caso de paciente idoso e os diretamente relacionados aos serviços de saúde e relação da equipe com o paciente (GALVÃO *et al.*, 2009).

Na adesão do hipertenso ao tratamento, um aspecto fundamental é a abordagem multiprofissional, com foco no tratamento da HAS prevenção de suas complicações. “Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento” (BRASIL, 2006, p.24).

A Equipe de Saúde da Família (ESF), incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), bem como outros profissionais de saúde, como nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico, entre outros exercem um papel determinante na adesão ao tratamento. Daí a importância da articulação entre ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), paciente, família e comunidade.

Dentre as ações dos profissionais incluem: capacitação da equipe de saúde, a utilização de referência e contra referência, ações individuais e em grupo, avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas. Destacam-se as ações de promoção à saúde, incluindo a educação em saúde com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco, como controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, não tabagismo e prática de atividades físicas regulares (BRASIL, 2006).

Para Galvão *et al.* (2009, p.41), a equipe de saúde, quando bem articulada, consegue esclarecer o paciente “não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento”. Este esclarecimento favorece com que o paciente analise a sua situação e a partir daí organize a sua própria estratégia, modificando sua alimentação, adotando a prática de atividades físicas, entre outras mudanças. “Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, no cotidiano do paciente, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes”.

Neste sentido, elaborou-se o plano de intervenção.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foi elaborado um plano de intervenção que visa melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão, incentivando a participação dos usuários aos grupos de hipertensos, favorecendo uma alimentação saudável e equilibrada e promovendo o conhecimento dos usuários sobre a doença e seus prognósticos.

De acordo com Cardoso *et al.*, (2008, p.14), o Planejamento Estratégico Situacional foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus. Segundo ele “planejar é prepara-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas ou passos com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas.

Esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo.

Para Campos, Faria e Santos (2010), após a análise e discussão do diagnóstico situacional da área de abrangência, dá-se a elaboração do plano de ação, seguindo passo a passo como descrito a seguir.

Primeiro Passo: identificação do problema

Os principais problemas identificados na área de abrangência da equipe de saúde da família São Pedro foram:

- Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial.
- Grande número de hipertensos com valores pressóricos elevados.
- Sedentarismo
- Alimentação não saudável.
- Abuso de álcool e drogas

Segundo Passo: priorização do problema

Na priorização dos problemas já elencados, seguiram-se os critérios de seleção considerando a importância do problema, o grau de urgência que o problema apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir desses critérios o problema prioritário pela equipe foi a baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial.

Terceiro passo: descrição, do problema escolhido

Diariamente é grande a demanda na unidade de saúde por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada. Conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Pará de Minas, dos 3327 pacientes acompanhados pela ESF São Pedro, em abril de 2014, 424 pacientes, incluindo adultos e idosos, apresentavam diagnóstico confirmado de hipertensão arterial, o que representa 12,74% desta população. A adesão destes hipertensos ao tratamento é muito pequena o que justifica a demanda por ações isoladas.

Quarto passo: explicação do problema

A explicação do problema envolve a identificação de possíveis causas do mesmo e as relações entre elas. Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 63) o objetivo da explicação é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação de suas causas. “Geralmente a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

Pela observação ativa na prática da equipe, consideramos que as principais causas geradoras do problema estão relacionadas ao paciente e ao processo de trabalho. São elas:

- Relacionadas ao paciente: sedentarismo, alcoolismo, baixa adesão ao tratamento, dificuldade de seguir as orientações, alimentação não saudável, escolaridade, nível de informação sobre a doença, nível sócio econômico, resistência para mudança no estilo de vida, negação da doença.

- Relacionadas ao processo de trabalho da equipe: pouco envolvimento da equipe, conhecimento precário sobre hipertensão, dificuldade de diálogo com os pacientes, acúmulo de tarefas a cumprir, elevado número de hipertensos, precária educação continuada.

Quinto passo: Seleção dos "nós críticos".

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 65), “nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Ou seja, os nós críticos são situações ou condições sobre as quais podemos intervir, dentro do espaço de governabilidade.

Foram considerados nós críticos:

- Falta de continuidade no tratamento de hipertensão arterial e faltas dos pacientes aos grupos de hipertensos:
- Envolvimento ineficaz da equipe na promoção e educação em saúde e nível de informação insuficiente da equipe.
- Maus hábitos e estilo de vida: baixa adesão ao tratamento com resistência a mudanças no hábito de vida.
- Baixo nível de informação do paciente quanto a doença e seus prognósticos: incompreensão dos cuidados com a saúde devido a baixa nível de escolaridade.

Sexto passo: Desenho das operações

No desenho das operações foram elaborados quatro projetos:

O primeiro “Vamos fazer a diferença” tem como nó crítico a falta de continuidade no tratamento de hipertensão arterial e faltas dos pacientes aos grupos de hipertensos. O resultado esperado é a conscientização da equipe para a orientação e estimulação da população hipertensa. Tem como produto esperado o aumento da confiança da população com o trabalho da equipe, fortalecendo assim o vínculo com a equipe.

O segundo “Saúde pela vida” tem como nó crítico maus hábitos e estilo de vida. O resultado esperado é a discussão sobre alimentação saudável e a necessidade dela e o esclarecimento sobre a importância e benefício do uso correto dos medicamentos. Tem como produto esperado a adesão de hábitos saudáveis e melhoria na qualidade de vida.

O terceiro é “Saber me cuidar” tem como nó crítico o baixo nível de informação do paciente quanto à doença e seus prognósticos. O resultado esperado é a utilização de ação educativa para orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos acerca da doença e seus prognósticos e suas dúvidas e dificuldades na adesão ao tratamento empregando uma linguagem compreensível para os vários níveis de escolaridade. Tem como produto esperado uma população Informada com uso correto dos medicamentos e mudança gradativa nos hábitos de vida.

O quarto é “Educar pela vida” tem como nó crítico o envolvimento ineficaz da equipe na promoção e educação em saúde e nível de informação insuficiente da equipe. O resultado esperado é uma equipe mais eficaz em promover e educar a população e manter o nível de informação adequada a população assistida. Tem como produto esperado uma população informada e educada quanto à saúde.

O quadro 6 mostra o desenho das operações do plano de intervenção.

Quadro 6 - Desenho das operações

Nó Crítico	Projeto	Resultado Esperado	Produto	Recursos Necessários
Falta de continuidade no tratamento de hipertensão arterial e faltas dos pacientes aos grupos de hipertensos	Vamos fazer a diferença	Conscientização da equipe para a orientação e estimulação da população hipertensa	Aumento da confiança da população com o trabalho da equipe, fortalecendo assim o vínculo com a equipe.	Organizacional: espaço físico adequado, cadernos de Atenção a Saúde na rede Básica. Cognitivo: informação prévia e estratégia de comunicação. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.
Maus hábitos e estilo de vida	Saúde pela vida	Discussão sobre alimentação saudável e a necessidade dela. Esclarecimento sobre a importância e benefício do uso correto dos medicamentos	Adesão de hábitos saudáveis e melhoria na qualidade de vida. Redução dos níveis pressóricos.	Organizacional: equipe multiprofissional, recursos didáticos. Cognitivo: informação prévia e estratégia de comunicação. Econômico: Aquisição de material didático. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.
Baixo nível de informação do paciente quanto à doença e seus prognósticos.	Saber me cuidar	Utilização de ação educativa para orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos acerca da doença e seus prognósticos. Suas dúvidas e dificuldades na adesão ao tratamento empregando uma linguagem compreensível para os vários níveis de escolaridade.	População Informada Uso correto dos medicamentos e mudança gradativa nos hábitos de vida.	Organizacional: espaço físico apropriado, equipe multiprofissional, material didáticos, mural, gravuras, cartilhas ilustradas. Cognitivo: informação prévia e estratégia de comunicação. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo.
Envolvimento ineficaz da equipe na promoção e educação em saúde e nível de informação insuficiente da equipe	Educar pela vida	Equipe mais eficaz em promover e educar a população e manter o nível de informação adequada a população assistida	População informada e educada quanto a saúde	Organizacional: espaço físico apropriado, equipe multiprofissional, material didáticos, mural, gravuras, cartilhas ilustradas. Cognitivo: informação prévia e estratégia de comunicação. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo.

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos dos projetos são: cadernos de Atenção à Saúde na rede Básica; aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde; solicitação de equipe multiprofissional; aquisição de material didático e informativo.

Os atores que controlam os recursos são: a coordenação da Atenção Básica de saúde do município; a coordenação e Gerencia de saúde do município; a equipe do NASF. E todos tem motivação favorável.

Quadro 7 - Recursos críticos para os projetos

Projeto	Recurso crítico
Vamos fazer a diferença	Organizacional: Cadernos de Atenção a Saúde na rede Básica. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.
Saúde pela vida	Organizacional: Equipe multiprofissional. Econômico: Aquisição de material didático. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.
Saber me cuidar	Organizacional: Equipe multiprofissional Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo.
Educar pela vida	Organizacional: Equipe multiprofissional Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo.

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

A análise da viabilidade do plano de intervenção está explicitada no quadro 8.

Nono passo: Elaboração do plano operativo

O plano operativo está disponibilizado no quadro 9.

Quadro 8 - Viabilidade do Plano

Projeto	Recurso Crítico	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Vamos fazer a diferença	Organizacional: Cadernos de Atenção a Saúde na rede Básica. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.	Coordenação da Atenção Básica de saúde do município. Coordenação e Gerência de saúde do município.	Favorável Favorável	Apresentar projeto solicitando aprovação Apresentar projeto solicitando aprovação
Saúde pela vida	Organizacional: Equipe multiprofissional. Econômico: Aquisição de material didático. Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde.	Equipe do NASF Coordenação e Gerência de saúde. Coordenação e Gerência de saúde do município.	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio Apresentar projeto solicitando aprovação Apresentar projeto solicitando aprovação
Saber me cuidar	Organizacional: Equipe multiprofissional Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo	Equipe do NASF Coordenação e Gerência de saúde do município. Coordenação e Gerência de saúde do município.	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio Apresentar projeto solicitando aprovação Apresentar projeto solicitando aprovação
Educar pela vida	Organizacional: Equipe multiprofissional Político: Aprovação e apoio do projeto pela coordenação e pela Secretaria de Saúde. Econômico: aquisição do material informativo	Equipe do NASF Coordenação e Gerência de saúde do município. Coordenação e Gerência de saúde do município.	Favorável Favorável Favorável	Apresentar projeto ao NASF solicitando apoio Apresentar projeto solicitando aprovação Apresentar projeto solicitando aprovação

Quadro 9 - Plano operativo

Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vamos fazer a diferença	Conscientização da equipe para a orientação e estimulação da população hipertensa	Aumento da confiança da população com o trabalho da equipe, fortalecendo assim o vínculo com a equipe.	Disponibilizar linhas guias da saúde e estimular o estudo do material didático em grupo. Montar calendário para estudos.	Enfermeira e médico da unidade de saúde.	Dezembro 2014
Saúde pela vida	Discussão sobre alimentação saudável e a necessidade dela. Esclarecimento sobre a importância e benefício do uso correto dos medicamentos	Adesão de hábitos saudáveis e melhoria na qualidade de vida. Redução dos níveis pressóricos.	Organizar junto ao NASF orientações para a prática de uma alimentação saudável. Estabelecer estratégias para o uso correto das medicações estimulando as mudanças.	Equipe do NASF Enfermeiro da unidade de saúde.	Dezembro 2014
Saber me cuidar	Utilização de ação educativa para orientar e discutir com os usuários, seus conhecimentos acerca da doença e seus prognósticos. Suas dúvidas e dificuldades na adesão ao tratamento empregando uma linguagem compreensível para os vários níveis de escolaridade.	População Informada Uso correto dos medicamentos e mudança gradativa nos hábitos de vida.	Organizar encontros do grupo junto com a equipe. Estimular a troca de saberes. Possibilitar a aproximação dos pacientes e a exposição das dificuldades.	Enfermeira e médico da unidade de saúde.	Dezembro 2014
Educar pela vida	Equipe mais efetiva em promover e educar a população e manter o nível de informação adequada a população assistida	População informada e educada quanto a saúde	Organizar encontros da equipe com a população para promoção da saúde. Estimular a troca de saberes. Possibilitar a aproximação dos pacientes e a exposição das dificuldades.	Equipe do NASF e equipe multiprofissional	Dezembro 2014

Décimo passo: Gestão do plano

Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 75) o décimo passo é um momento tático operacional, descreve-se a gestão do plano, “cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos”.

No projeto “Vamos fazer a diferença”, a coordenação fica a cargo da enfermeira e a avaliação é mensal; o produto esperado é o aumento da confiança da população com o trabalho da equipe, fortalecendo assim o vínculo com a equipe. Os responsáveis são a enfermeira e o médico da unidade de saúde e o prazo é dezembro de 2014. A situação atual é que a primeira reunião já foi agendada.

No projeto “Saúde pela vida” a coordenação fica a cargo da enfermeira, sendo que a avaliação é semanal; o produto esperado é a adesão de hábitos saudáveis e melhoria na qualidade de vida. Os responsáveis são a equipe do NASF e a enfermeira da unidade de saúde, o prazo é dezembro de 2014. Situação atual: a primeira reunião já foi agendada com a equipe do NASF.

No projeto “Saber me cuidar” a coordenação fica a cargo da enfermeira, a avaliação é mensal, o produto esperado é a população específica fazendo uso correto dos medicamentos com mudança gradativa nos hábitos de vida. Os responsáveis são a enfermeira e o médico da unidade de saúde, o prazo é dezembro de 2014 e a situação atual é que a primeira reunião também já foi agendada.

No projeto “Educar pela vida” a coordenação fica a cargo da enfermeira, a avaliação é mensal, o produto esperado é a população informada e educada quanto a saúde; os responsáveis são a equipe do NASF e a equipe multiprofissional e o prazo é dezembro de 2014. Situação atual: ainda vamos marcar uma data para a primeira reunião.

Nestas reuniões serão traçados os instrumentos para mensuração dos resultados.

7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Na construção deste trabalho, fica evidenciada a relevância de um olhar atento da equipe de saúde para os aspectos que dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento da HAS. Ao mesmo tempo, reforça-se a importância do planejamento das ações de saúde no acolhimento dos mesmos, buscando novas estratégias e técnicas de abordagem, principalmente em relação às ações educativas, podendo transformar hábitos, estilos de vida, trazendo vários benefícios à saúde da comunidade.

Para tanto é necessário que a equipe esteja coesa e que tenha domínio de conhecimento na abordagem do paciente hipertenso. É importante, portanto a capacitação permanente de seus membros, favorecendo uma melhor adesão dos pacientes hipertensos ao autocuidado.

Sintetizando, espera-se com a implantação deste plano de intervenção que as ações desenvolvidas resultem na melhoria da qualidade de vida dos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe de Saúde da Família São Pedro, município de Pará de Minas – MG, principalmente no que se refere ao autocuidado.

REFERÊNCIAS

- 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. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>
- CARDOSO, F., C. *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde**. Belo Horizonte: editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
- CONSOLIM-COLOMBO, F. *et al.* Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. **J. Bras. Nefrol.** [online]. V.32, suppl.1, p.14-18, 2010.
- CORREA, T. D.; NAMURA, J. J.; SILVIA, C. P. A. da; CASTRO, M. G.; MENEGHINI, A.; FERREIRA, C. Hipertensão Arterial Sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arquivo de Medicina ABC**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 91-101, 2006.
- FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.93, n.6, suppl.1, p.159-165, 2009.
- GALVÃO, J. L. de; GINANI, G. F.; SILVA, G. V. da; ORTEGA, K. C.; MION JR., D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v.16, n.1, p.38-43, 2009. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf> Acesso em 02 dez. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314710>>. Acesso em: 18 nov. 2014.
- KOHLMANN JUNIOR, O. *et al.* Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol.**, v.32, suppl.1, p.29-43, 2010.
- MANO, G.M.P; PIERIN, A.M.G. Evolução dos pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de Saúde Escola. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n. 3, p.269-275, 2005.
- OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L. de P.; FERNANDES, P. de S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, v.26, n.2, p.179-184, 2013.
- PIANCASTELLI, C. H.; DI SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 166p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3999.pdf> Acesso em: 20 nov. 2014.

REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. de S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. de. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.m acesso em: 02/06/2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010.