

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

TAISA FERNANDES LEMOS REIS

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
PLANO DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA PENHA DE
PASSOS - MINAS GERAIS**

PASSOS - MINAS GERAIS

2014

TAISA FERNANDES LEMOS REIS

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
PLANO DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA PENHA DE
PASSOS /MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Maria José Moraes Antunes

PASSOS - MINAS GERAIS

2014

TAISA FERNANDES LEMOS REIS

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL:
PLANO DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA PENHA DE
PASSOS /MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Maria José Moraes Antunes

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos.

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

- A Deus fonte de tudo.
- A Equipe de Saúde da Família Unidade Penha 1 que trabalhou juntamente comigo para promover a educação em saúde dos nossos pacientes.
- Aos tutores e orientadora de TCC pela disponibilidade em me auxiliar e ensinar.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes no Brasil e está associada a diversas complicações cardiovasculares. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção para diminuir a morbimortalidade da hipertensão arterial, aumentando a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, na área de cobertura do Programa de Saúde da Família da Unidade Penha, da cidade de Passos-MG. O SIAB da Estratégia da Saúde da Família Penha 1 informa haver no território 428 usuários hipertensos. O problema foi escolhido após o diagnóstico situacional de saúde realizado para identificar os problemas relativos à comunidade da área adscrita. Em seguida realizou-se um levantamento bibliográfico em protocolos técnicos do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e artigos científicos do SciELO, LILACS e MEDLINE. Após observar os fatores determinantes da não adesão a terapêutica instituída, foram planejadas estratégias para diminuir tal problema. O plano de ação proposto para intervir nos fatores que dificultam a adesão ao tratamento de HAS prioriza: 1) Aumentar acompanhamento dos hipertensos não renovando receitas sem consulta médica. 2) Executar ações de Educação em saúde, orientando o uso de medicações e mudanças no estilo de vida. As ações desenvolvidas estão organizadas nos sub projetos: Sem consulta; Sem receita médica; Informação em ação; Mudança já!; Aprendizado hoje; Ame-se a si mesmo; Cuidadores cuidadosos.

Palavras-chave: Hipertensão. Terapêutica. Cooperação do paciente. Planejamento do tratamento. Saúde da família.

ABSTRACT

The Systemic arterial hypertension (SAH) is one of the most prevalent diseases in Brazil and is associated with several cardiovascular complications. This study aimed to develop an intervention project to reduce morbidity mortality of hypertension , increasing adherence to medication and non-medication in the Health Program coverage area of family Penha Unit , the city of Passos- MG ; The SIAB FHS Penha 1 informs be in the territory 428 hypertensive patients . The problem was chosen after the situational diagnosis of Health carried out to identify the problems of the enrolled area community. Then there was a literature in technical protocols of the Ministry of Health, World Health Organization and scientific articles of SciELO , LILACS and MEDLINE . After watching the determinants of non-adherence to the therapy , strategies are designed to reduce this problem. The proposed plan of action to intervene in the factors that hinder adherence to hypertension treatment priority : 1) Increase monitoring of hypertensive not renewing revenue without medical consultation. 2) implement health education actions, guiding the use of medications and changes in lifestyle . The actions are organized in sub projects : No consultation , no prescription ; Information into action ; Change already !; Learning today .; Love himself ; Careful caregivers. It was concluded that it is essential to treatment planning with the cooperation of the patient , family and work of the family health team, for successful implementation of the action plan to increase adherence to treatment of hypertension

Keywords: Hypertension. Therapy. Patient compliance. Treatment planning. Family health .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AMBES**-Ambulatório de Referência para DST/AIDS
- APAC**- Associação de Proteção e Ajuda ao Condenado
- CEREST**- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CIC**- Colégio Imaculada Conceição
- CMS**- Conselho Municipal de Saúde
- DM** - Diabetes Mellitus
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- EJA**- Educação de Jovens e Adultos
- ESF**- Equipe Saúde da Família
- ETEP**- Escola Técnica de Passos (ETEP).
- FESP**- Ensino Superior e Técnico: Fundação de Ensino Superior de Passos
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IFSUL-MG**- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais
- MG**- Minas Gerais
- NAE**-Núcleo de Assistência em Estomaterapia
- NAEHP** - Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase
- NASF** - Núcleo de Assistência a Saúde da família
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional
- RAS**- Redes de Atenção à Saúde
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS**- Unidade Básica de Saúde
- UEMG**- Universidade Estadual de Minas Gerais
- UPA**- Unidade de Pronto Atendimento

USF-Unidade de Saúde da Família.

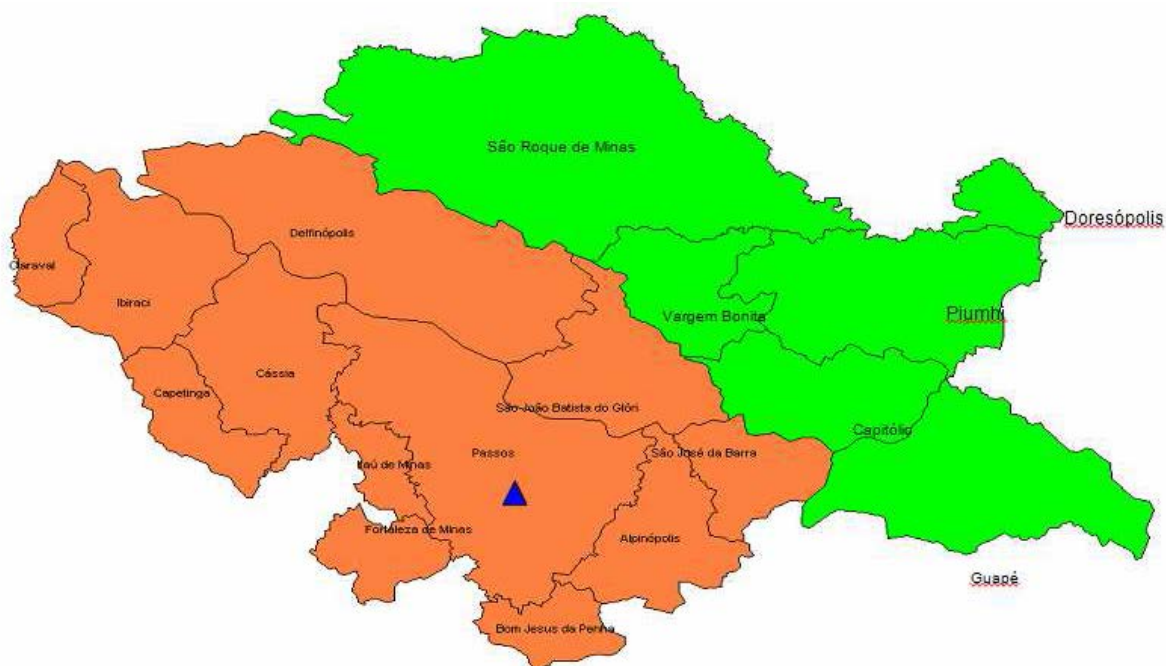
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Planejamento estratégico situacional	12
1.2 Diagnóstico dos principais problemas de saúde e definição do problema	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 REFERENCIAL TEÓRICO	19
5.1 A baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial	19
5.2 Políticas públicas para o controle e prevenção da Hipertensão.	21
	27
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

Contextualizando o município, Passos localiza-se no interior do estado de Minas Gerais, na Mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Está a 352 km da capital Belo Horizonte e limita-se com os municípios de Delfinópolis, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Fortaleza de Minas, Cássia e Itaú de Minas. É a 4.^a maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro e a 26.^a do Estado. Localiza-se também próxima da Serra da Canastra, importante ponto turístico brasileiro. Sua população (número de habitantes): 106 290 habitantes.(IBGE, 2014)

Figura 1 – Região administrativa de Passos



Fonte: SES/MG, IBGE, DATASUS

Historicamente a criação do município inicia-se em meados do século XVIII, com as primeiras fazendas sendo implantadas entre 1780 e 1830, sendo que a Vila propriamente dita inicia-se em 1848, sendo elevada à categoria de cidade no ano de 1858. (IBGE, 2014)

O primeiro nome do município sul-mineiro foi Capoeiras, por estar, aquela época, situada à povoação dentro de uma densa capoeira.

O segundo nome - Vila Formosa do Senhor Bom Jesus dos Passos – foi dado ao antigo arraial das Capoeiras em virtude de o alferes João Pimenta de Abreu, devoto do Senhor Bom Jesus dos Passos, ter construído o primeiro templo nessa cidade, em cumprimento de uma promessa. Mais tarde o nome foi simplificado para Passos.(PASSOS, 2013)

Descrevendo geograficamente, o município de Passos possui uma área total de 1.338,070 km², com uma concentração habitacional: aproximadamente 79,44 habitantes/km². O número aproximado de domicílios e famílias : aproximadamente 25 mil famílias. (PASSOS, 2013)

Em relação aos aspectos socioeconômicos os postos de trabalho são principalmente em comércio e autônomos. A taxa de emprego é de aproximadamente 70%, a taxa de Urbanização: 100% (IBGE, 2014), a renda Média Familiar: R\$802,97 em 2010. Quanto ao abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública é bem satisfatório correspondendo a 100%.

As principais atividades econômicas podem-se destacar a agro indústria (açúcar, álcool, fermento, laticínios,); agropecuária (cana, café, milho, gado de corte e de leite, avicultura de corte e de postura, suinocultura); indústria confeccionista e de serviços. Atualmente a cidade está se destacando na indústria moveleira. A indústria mobiliária (móveis rústicos e finos) vem se destacando e ganhando expressão nacional pela sua qualidade de acabamento, design diferenciado e durabilidade. (PASSOS, 2013)

Em relação aos aspectos demográficos, conforme dados do IBGE (2010) a população urbana era de 106.290 (94%) e a rural 5.448 (6%). (PASSOS, 2013)

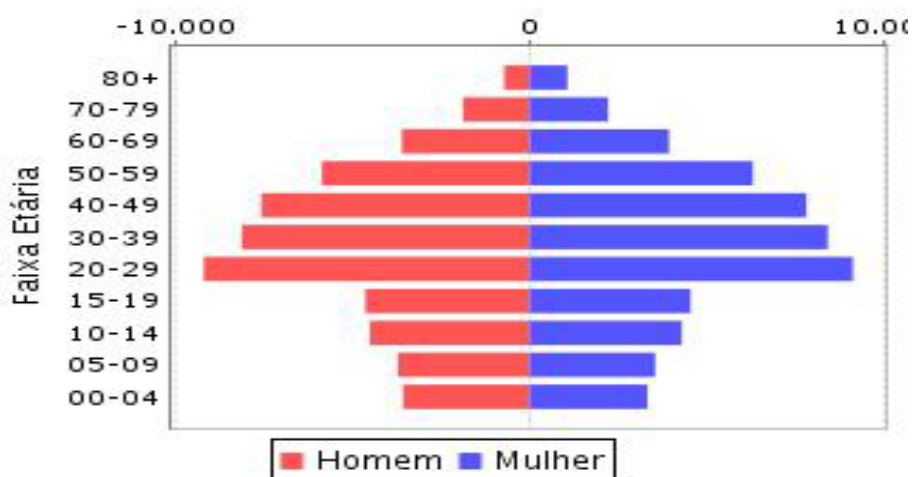
Quadro 1- População de Passos, Minas Gerais por idade e sexo, 2010.

Faixas etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	3.558	3.317	6.875
05-09	3.706	3.530	7.236
10-14	4.498	4.282	8.780
15-19	4.626	4.528	9.154
20-29	9.171	9.098	18.269

30-39	8.102	8.391	16.493
50-59	5.846	6.284	12.130
60-69	3.598	3.922	7.520
70-79	1.876	2.206	4.082
80+	715	1.064	1.779
Total	53.248	54.413	107.661

Fonte: Relatório anual de gestão 2013 de Passos.

Gráfico1- Distribuição da população, por sexo e faixa etária, Passos, 2013.



Fonte: Relatório anual de gestão 2013 de Passos.

Segundo o IBGE, entre 2000 e 2010, a taxa anual de crescimento da população mineira ficou em torno de 0,91%, número bem menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas.

Densidade demográfica: 79,44 habitante/km²

Taxa de Escolarização: 92%

Abordando o Sistema local de saúde inicio falando sobre o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que é constituído pela Lei Municipal nº1.768, de 08/07/1991, sendo sua redação modificada pela Lei Municipal nº 2052 de 30/10/97. Ele é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de

saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

O CMS é composto por quinze titulares, sendo:

- 50% (sete) de representantes dos usuários do SUS;
- 50% (sete) representantes de entidades de trabalhadores da saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo indicados pelos seus respectivos dirigentes.

O Programa Saúde da Família é integrada por 26 Unidades de Saúde sendo que 17 Unidades são Estratégia de Saúde de Família (ESF) e 09 Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS/ambulatórios), apoiadas por 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF 1 e 2). O Sistema de Referência e Contra referência é utilizado para articular os níveis de atenção à saúde (PASSOS, 2013).

Os atendimentos de média e alta complexidade realizados pelos SUS ocorrem em:

- o 03 hospitais;
- o UPA - Unidade de Pronto Atendimento;
- o Policlínica de Especialidades e Centro de Diagnóstico;
- o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- o Núcleo de Assistência em Estomatoterapia (NAE),
- o Ambulatório de Referência para DST/AIDS (AMBES),
- o Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEHP),
- o Unidade do Programa Viva Mulher,
- o Unidade do Programa de Hepatites Virais.

Em relação aos recursos humanos em Saúde a maior parte dos profissionais do município apresenta vínculo com a gestão nos moldes da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e estatutário. Os contratos por prazos determinados correspondem a aproximadamente 21% do total de vínculos, o que sinaliza para

precarização da forma de contratação, não oferecendo estabilidade aos profissionais, indicando a possibilidade de realização de concurso público.

Quadro 2- Número de trabalhadores por vinculação, SUS Passos, 2013.

TIPOS DE VÍNCULO	Total
Autônomos	229
Celetista	712
Contrato por prazo determinado	282
Emprego público	13
Estatutário	324
Outros	3
Sem tipo	22
Total	1584

Fonte: Relatório anual de gestão 2013 de Passos.

Relatando os recursos da comunidade Passos conta com um projeto para implantação do Hospital da Mulher, que está em construção.

Possui uma rede de ensino pública e privada composta por 16 escolas e colégios estaduais, sendo uma polivalente, 09 escolas municipais, 06 particulares.

Ensino Superior e Técnico: Fundação de Ensino Superior de Passos -FESP (Unidade Fundacional associada à UEMG); Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais; Instituto Educacional Máris Célis, Escola Técnica de Passos (ETEP), entre outras.

A Educação de Jovens e Adultos (EJA) é voltada para jovens e adultos que não puderam concluir seus estudos na idade própria, proporcionando ao aluno a oportunidade de elevar sua escolaridade por meio de novos conhecimentos que podem ser utilizados nas diferentes relações cotidianas. Em Passos é um curso presencial organizado com flexibilidade curricular, de tempo e de espaço, desenvolvido em quatro Etapas – Alfabetização, Básica, Complementar e Final.

A 1ª fase da EJA, que corresponde ao Ensino Fundamental é desenvolvida nas escolas municipais e na Associação de Proteção e Ajuda ao Condenado - Apac. A 2ª etapa do programa, que corresponde ao Ensino Médio é realizada nas escolas da rede estadual do município. O curso é desenvolvido através de módulos e pode durar, dependendo do aproveitamento e do rendimento do aluno, de dois a quatro anos.

1.1 Planejamento Estratégico Situacional

A autora deste trabalho é membro da Equipe de Saúde da Família Penha 1, constituída por 02 médicos, 01 enfermeira, 01 técnica em enfermagem, 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) . Atende 968 famílias e 3.482 habitantes, situada na rua Pitangui, 131, próximo a Capela da Penha. Funciona de 07 às 11:30h e das 13 às 16:30h. Trata-se de imóvel residencial improvisado, que possui 01 consultório médico, 01 sala da enfermeira, sala da técnica de enfermagem, banheiro para funcionários e banheiro para pacientes, sala de espera e 01 cozinha, além de área externa para desenvolvimento de atividades educacionais em grupo.

O trabalho da equipe é apoiado por equipes multidisciplinares dos NASF, formadas por nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

Neste contexto, foram identificados alguns problemas e proposto um plano de ação. A importância do diagnóstico situacional é descrita por Campos, Faria e Santos (2010, p. 14):

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Assim, descreve as principais etapas do diagnóstico das necessidades de saúde da população adstrita à área de abrangência da equipe. Para sua realização usou-se o método previsto do módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (NESCON, 2010)

➤ Definição dos problemas

Inicialmente realizamos uma reunião da equipe e através do método de Estimativa Rápida, levantamos os dados, examinamos os registros existentes e fizemos observações sobre as condições da vida da comunidade.

Após reunião com a equipe Penha 1, foram definidos os cinco principais problemas que acometem a população, sendo estes considerados pela equipe de difícil manejo clínico:

- Baixa Adesão ao Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Alcoolismo;
- Alta prevalência de pacientes da Saúde Mental;
- Dificuldade de implantar programas de promoção à saúde;
- Uso crônico de benzodiazepínicos.

➤ **Priorização dos problemas**

Definidos, os problemas foram priorizados para intervenção pela equipe da ESF Penha1

Quadro 3 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da área adscrita do ESF Penha 1. 2014

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa Adesão ao Tratamento de HAS	Alta	8	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes da saúde mental	Alta	6	Parcial	3
Dificuldade em implantar programas de promoção à saúde	Alta	5	Parcial	3
Uso crônico de Benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Autoria própria (2014)

➤ **Descrição do problema selecionado**

Identificamos que o problema prioritário enfrentado pela unidade é a baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

O SIAB da ESF Penha 1 informa haver no território 428 usuários hipertensos A maioria deles com dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso e não

medicamentoso desta patologia. Diante disso, a equipe considerou tal problema como primordial, devido à alta prevalência da doença e a necessidade da ação conjunta de equipe de saúde e usuários para o seu enfrentamento. A hipertensão arterial é um problema crônico grave, de alta incidência na sociedade e cujos fatores de risco e complicações configuram-se atualmente como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

➤ **Seleção dos “nós críticos”**

Percebemos que os nós críticos relacionados ao problema são, primeiramente:

- A renovação de receita médica que ocorria sem consulta com o médico da unidade. Esta atividade informal, na maioria das vezes, não era acompanhada de orientações adequadas aos pacientes quanto ao estilo de vida e uso adequado de medicações.
- Raras palestras educativas. Quando agendadas, os pacientes não compareciam.
- Dificuldades de compreensão das informações devido à baixa escolaridade e ao analfabetismo dos pacientes e seus cuidadores,
- Falta de motivação para autocuidado e descuido dos familiares ou cuidadores, além da falta de percepção ou desconhecimento da seriedade do problema.

Quanto à doença: a cronicidade, ausência de sinais e sintomas e consequências tardias.

Quanto à medicação: o custo, efeitos colaterais e número de tomadas foram fatores importantes.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de grande magnitude. Sua prevalência é de 24,3% (BRASIL, 2012). É uma síndrome de origem multifatorial, tem sido reconhecida como grave fator de risco para a aterosclerose e trombose, gerando acometimento cerebral, cardíaco, renal e vascular. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006)

A escolha do problema da “baixa adesão ao tratamento de hipertensão” como prioritário justifica-se por sua urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e importância das consequências epidemiológicas e sociais que traz à população da área. É o ponto de partida para a elaboração um plano de intervenção, finalidade deste estudo que deverá ser desenvolvido pela equipe e ser capaz de contribuir para melhoria da atenção oferecida. Espera-se como isto diminuir a morbimortalidade decorrente da baixa adesão do tratamento de HAS na região.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensão arterial na área de cobertura do Programa de Saúde da Família da Unidade Penha, da cidade de Passos-MG

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as causas da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial;
- Descrever as políticas públicas para o controle e prevenção da Hipertensão;
- Elaborar um protocolo de abordagem da hipertensão arterial em todas as consultas na unidade.

4. METODOLOGIA

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional de saúde por meio do método de Estimativa Rápida. O diagnóstico possibilitou a identificação dos problemas relativos à comunidade da área adscrita da ESF Penha I, na cidade de Passos. As visitas domiciliares, consultas feitas no consultório da unidade, entrevistas e observação ativa foram os instrumentos utilizados para levantar os principais problemas e priorizar os de maior importância sócio epidemiológica.

Foram coletados dados pela equipe de saúde, dados referentes à saúde da população, condições sócias econômicas, de moradia e de saneamento básico dos hipertensos cadastrados.

Após análise de todas as informações, pudemos conhecer melhor as condições de saúde e risco desse grupo da população, em médio e curto prazo, planejamos e programamos ações de promoção e educação em saúde. Em seguida, foram identificadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar assistência aos hipertensos. O resultado do diagnóstico realizado consta na introdução deste trabalho.

Para a fundamentação teórica do problema priorizado, realizou-se revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e artigos científicos publicados no período de 1995 a 2014 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SciELO, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores de modo isolado ou em associação: adesão, tratamento, hipertensão arterial.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Para a sua elaboração contou-se com enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema – hipertensão arterial - a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo.

A partir desse detalhamento iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das ações propostas. A viabilidade do projeto foi avaliada e os prazos e responsáveis escolhidos.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial

Mais de 80% dos brasileiros adultos medem a pressão arterial regularmente, como comprova pesquisa da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

No entanto, no controle da hipertensão, há problemas e negligência nas demais etapas do processo, como diagnóstico, orientação do tratamento e uso efetivo dos medicamentos. Este descaso com o controle da HAS ocorre por ser uma doença que não causa dor. Por ser assintomática, sua descoberta dá-se de maneira quase acidental, pelo menos no seu início, em virtude de agir silenciosamente. Diante dessas características, 50% das pessoas portadoras de hipertensão não sabem dessa condição, e das demais que sabem da existência da patologia, apenas metade faz tratamento (MION JR, *et al.*, 1995).

Adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo da pressão arterial. É difícil detectar-se a falta de adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é maior quando a falta de adesão relaciona-se a estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc. (GUSMAO, JUNIOR, 2006, p. 24)

Os fatores que geram maior morbidade são a não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, ou sub tratamento. Contribuem para tanto a inadequação da droga, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, efeitos adversos, resistência ao tratamento, presença de comorbidades, entre outros (LESSA, 2006).

Na prática cotidiana percebemos que as medicações anti-hipertensivas, que são de uso continuado, estão indisponíveis na rede básica de saúde em alguns períodos, com isso os pacientes diminuem a adesão de seu tratamento diário.

Carrara (2003) realizou diagnóstico dos hipertensos e diabéticos do PSF de Mandaguaçu-PR, para identificar fatores que interferem na adesão ao tratamento. Percebeu que havia abandono e resistência ao tratamento, tão logo obtidas

melhoras do quadro anterior. Além disso, verificou que a troca constante das embalagens, da cor e formato das medicações, a faixa etária elevada dos usuários, alto índice de analfabetismo e o baixo nível socioeconômico também intervinham na adesão ao tratamento e controle da doença.

Geralmente as drogas disponíveis na rede básica de saúde tem maior número de tomadas diárias. Com isso os pacientes esquecem algumas tomadas ou decidem diminuir a quantidade por conta própria, dificultando o controle pressórico. Além disso, são medicamentos mais antigos e com maiores efeitos colaterais, contribuindo com a baixa a adesão medicamentosa dos pacientes.

Monane *et al.*(1997) verificaram que o uso dos mais novos anti-hipertensivos foi associado com adesão maior quando comparado ao uso de anti-hipertensivos mais antigos, talvez pela melhor tolerabilidade. A presença de comorbidades é outro fator determinante de desmotivação, pela grande quantidade de medições ingeridas diariamente os pacientes.

Hoje em dia a abordagem multiprofissional do atendimento do portador de hipertensão tem sido encorajada, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto farmacológico quanto não farmacológico. Para cada indivíduo ou grupo de indivíduos existem estratégias que, quando aplicadas aumentam a adesão ao tratamento e a sua eficiência. Através de treinamento e motivação da equipe, a atuação dos diversos profissionais da saúde é insubstituível no tratamento da HAS (GIORGI, 2006).

Há forte indicativo de que a relação médico-paciente possa ser o elemento chave no enfrentamento desta dificuldade. Quando resolvida trará grande contribuição para o melhor controle de HAS e conseqüente diminuição da morbimortalidade (JARDIM, 2006).

O não cumprimento das recomendações médicas prejudica o alcance dos objetivos terapêuticos, levando à frustração de médicos e pacientes, diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários.

Pelo fato da HAS geralmente ser assintomática, muitos usuários hipertensos ao serem identificados, apresentam baixa adesão ao tratamento, pois resistem a aceitar o caráter incurável da hipertensão primária, desacreditam na necessidade da

regularidade do tratamento para evitar as principais complicações e rejeitam a complexidade do tratamento, com a utilização de várias doses ao dia.

A condição socioeconômica dificulta o acesso ao sistema de saúde, assim como a aquisição dos medicamentos. Strelec Pierin, Mion (2003) alerta para a necessidade de medidas que visem melhor controle da pressão arterial, tornando o tratamento um problema que deve ser enfrentado por todos: o hipertenso, família, comunidade, instituições e equipe de saúde.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul por Gus *et al.* (2004) evidencia que o grau de controle da hipertensão arterial sistêmica segue em níveis alarmantes, já que cerca de 80% dos indivíduos que se sabiam hipertensos apresentavam pressão arterial maior que 140/90 mmHg. Em seu artigo, sugere-se que novos estudos sejam direcionados para a identificação das causas da ausência de êxito do tratamento anti-hipertensivo, abordando aspectos como a falta de adesão ao tratamento, a dificuldade de acesso à medicação e aos serviços médicos, a efetividade dos esquemas terapêuticos utilizados, a conduta dos profissionais de saúde frente aos hipertensos, a influência dos efeitos adversos na adesão e a relação da classe social, da escolaridade e de aspectos culturais com o tratamento da doença.

5.2 Políticas públicas para o controle e prevenção da Hipertensão.

A necessidade de intervenção da equipe de saúde no controle da hipertensão é indispensável. É realizada em abordagem individual e coletiva, tendo estes resultados mais consistentes e duradouros. Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde da ESF têm papel fundamental nas estratégias de controle da HAS. Possuem importância primordial 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 (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que a comunicação adequada entre equipe de saúde e usuários é essencial. E dessa forma, a responsabilidade do tratamento é dividida entre

médico e paciente. Não bastará, por exemplo, simplesmente prescrever um determinado tratamento e esperar que o paciente “educado” o siga. O médico e toda a equipe de saúde terão mais uma atribuição: a arte da comunicação, pois esta será fundamental no caminho para o sucesso terapêutico, no que diz respeito a toda a sua complexidade, tanto individual como coletivamente (MANFROI; OLIVEIRA 2006).

[...] A hipertensão arterial em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006, p. 43).

Portanto, o controle pressórico dos pacientes com HAS deve ser uma prioridade da Atenção Básica, através de boa comunicação equipe e usuários, diagnóstico precoce, educação em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Quanto ao tratamento não farmacológico é importante a alimentação saudável e a prática regular de atividade física.

Mion Jr *et al.* (2002) afirma que a alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados como contribuintes para a elevação da pressão arterial, considerando chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HAS.

A HAS é uma das maiores causas de doenças cardiovasculares e segundo Silva *et al.* (2008), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, o acompanhamento dos portadores de tais doenças se torna essencial, e uma das formas de realizar isso é por meio de promoção da saúde e prevenção da HAS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um ambiente privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho implica vínculo e longitudinalidade com a população da área adscrita.

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002).

O Hiperdia foi criado para o cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, gerando informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2002).

Tem como benefícios a orientação, os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, o conhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população, gera informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde e disponibiliza informações de acesso público com exceção da identificação do portador. (BRASIL, 2002)

Através do Programa Hiperdia pode-se aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, desta forma diminuindo as complicações da hipertensão arterial, atuar na prevenção e controle dessas patologias, gerando melhor qualidade de vida para os pacientes.

O bom relacionamento entre a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) e os pacientes cadastrados nesta, irá melhorar o funcionamento deste programa. A regularidade do acompanhamento ao paciente pela equipe de saúde da família é de grande importância, mas devem seguir uma ordem quanto à gravidade da patologia. Segundo Turrini (2001), a resolutividade dos serviços e a satisfação do cliente são maneiras de se avaliar os serviços de saúde, a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário.

Sabe-se que somente o diagnóstico e cadastro precoce não fazem com que os usuários assumam seus tratamentos medicamentoso e dietético adequadamente. É necessário o monitoramento destes pacientes, através do acompanhamento regular, motivando-o ao auto cuidado.

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (BRASIL, 2002). A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia, da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre sua doença e os princípios em que se fundamentam seu tratamento.

Percebe-se que a melhor forma de conscientização para a adesão aos tratamentos é através de palestras educativas e/ou orientações individuais, explicando e esclarecendo a população da importância da prevenção e do controle dessas doenças pelo cumprimento correto dos tratamentos, algo que faz parte do Programa Hiperdia (BRASIL, 2002).

Os polos das Academias da Saúde do Ministério da Saúde estão sendo implantados nos municípios brasileiros. Consistem em espaços físicos com equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para o exercício de atividades físicas regulares. Tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

O Programa Academia da Saúde foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), a ideia do programa surgiu inspirada em algumas iniciativas desenvolvidas em Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte. Essas experiências locais tinham em comum a prática da atividade física e outras práticas corporais, a presença de profissionais orientadores, o uso e a potencialização de espaços públicos como espaços de inclusão, de participação, de lazer, de promoção da cultura da paz, além de serem custeadas e mantidas pelo poder público. A avaliação positiva dessas experiências reforçou a ideia do

fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o país na forma de um programa nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, o Programa não se restringe a realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mais do que isso, os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros.(BRASIL, 2014)

Nesse sentido, a Portaria nº 2.681/2013 estabelece oito eixos em torno dos quais as atividades do polo devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares, e planejamento e gestão (BRASIL, 2002).

Além disso, um aspecto importante que contribui para a consecução dos objetivos propostos é que não se trata de um serviço isolado. O Programa faz parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como componente da Atenção Básica e, por isso, funciona também como porta de entrada no SUS. De acordo com a meta estabelecida no Plano Plurianual 2011-2015, o Ministério da Saúde deve habilitar 4.800 polos do Programa até o final de 2015, mas espera atingir essa meta ainda em 2014. Trata-se de uma política pública capilarizada no território, visto que já alcançou mais de 2.660 municípios brasileiros, de todas as unidades da federação, o que indica o compromisso do estado brasileiro com a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis e sustentáveis em todo o território nacional (BRASIL, 2002).

Segundo a Portaria GM/MS 719, são diretrizes do Programa Academia da Saúde configura-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. É complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; de promoção da saúde, prevenção e atenção das Doenças Crônicas

Não Transmissíveis e pode ser espaço de produção e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis. Sugere o diálogo e troca entre gerações e territorialidade, reconhecendo o espaço.

O objetivo do Programa Academia da Saúde é promover a saúde através do cuidado integral, de práticas de educação em saúde e da ampliação da autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

➤ Elaboração de Plano Operativo

Quadro 4- Operação para “nós críticos”

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Renovação de receita sem consulta com o médico.	<i>Sem consulta, sem receita médica</i>	Diminuição da quantidade de hipertensos sem acompanhamento adequado em pelo menos 80% em 1 ano.	Maior controle dos níveis pressóricos e diminuição das complicações decorrentes de HAS	Aumento dos recursos para estruturar o serviço, maior oferta de consultas médicas
Falta de orientações adequadas quanto ao estilo de vida e uso de medicações/ Palestras educativas/ Falta de percepção ou desconhecimento da seriedade do problema	<i>Informação em ação</i>	Pacientes informados, responsabilizados e conscientes do estilo de vida saudável e uso correto das medicações. Palestras educativas e/ou grupos de discussão quinzenais	Adoção de hábitos de vida saudáveis; aumento do nível de informação da população; diminuição do risco de complicações da HAS devido aos maus hábitos e uso inadequado das medicações;	Organizar campanhas de prevenção e aquisição de recursos audiovisuais
Usuários sem hábitos saudáveis	<i>Mudança já!</i>	Diminuição em 30% do número de sedentários, obesos e tabagistas em 1 ano	Caminhada orientada semanalmente Orientações nutricionais individuais e em grupo	Espaço físico para atividade física Parceria com NASF para trabalho multidisciplinar

Dificuldade de compreensão das informações devido à baixa escolaridade e analfabetismo do mesmo ou do cuidador	Aprendendo toda dia.	Avaliação do nível de entendimento e conhecimento do paciente e cuidadores. Aumento do grau de instrução dos pacientes Capacitação de pessoal da equipe para falar a linguagem do paciente.	Pacientes estimulados a aprenderem a ler e escrever através do EJA(Ensino de Jovens e Adultos) Educação em saúde através de rodas de conversas, uso imagens e explicação das tomadas de remédios através de desenhos.	Parceria com EJA
Falta de motivação para autocuidado e descuido dos familiares ou cuidadores.	Ame-se a si mesmo Cuidadores cuidadosos	Pacientes responsáveis pelo auto cuidado Cuidadores exercendo seu papel com maestria.	Palestras motivacionais com psicólogos e médicos Atendimento psicológico individualizado para pacientes e cuidadores	Parceria com NASF para psicólogas Aquisição de recursos audiovisual

Fonte: Autoria Própria (2014)

Quadro 5- Operação do Plano

Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo	Situação atual
Sem consulta, sem receita médica	Diminuição da quantidade de hipertensos sem acompanhamento adequado em pelo menos 80% em 1 ano	Maior controle dos níveis pressóricos e diminuição das complicações decorrentes de HAS	Maior oferta de consultas médicas.	Taisa Reis(médica) Thaisa(enfermeira) Lorrane(recepcionista)	Início imediato	Em andamento há 2 meses
Informação em ação	Pacientes informados, responsabilizados e concientes do estilo de vida saudável e uso correto das medicações. Palestras educativas e/ou grupos de discussão quinzenais	Promoção de hábitos de vida saudáveis; aumento nível de informação da população; diminuição do risco de complicações da HAS devido aos maus	Sensibilização da população para participação e frequência no grupo operativo e palestras	Usuários Equipe de saúde do PSF PENHA 1 NASF	Início em 2 meses	Preparando material informativo

		hábitos e uso inadequado das medicações	educativas			
Mudança já!	Diminuição em 30% o número de sedentários, obesos e tabagistas em 1 ano	Caminhada orientada semanalmente Orientações nutricionais individuais e em grupo	População sensibilizada para a participação nas caminhadas e consultas com nutricionistas	Medica, enfermeira, técnica de enf , ACS e nutricionista	Início 02 meses	Em andamento
Aprendiza do hoje.	Avaliação do nível de entendimento e conhecimento do paciente e cuidadores. Aumento do grau de instrução dos pacientes Capacitação de pessoal da equipe para falar a linguagem do paciente.	Pacientes estimulados a aprenderem a ler e escrever através do EJA(Ensino de Jovens e Adultos) Educação em saúde através de imagens e explicação das tomadas de remédios através de desenhos.	Propagandas através de banners sobre EJA	Equipe de saúde do PSF PENHA 1 Equipe EJA	Imediato	Iniciada avaliação do grau de entendimento dos pacientes em consulta
Ame-se a si mesmo Cuidadores cuidadosos	Pacientes responsáveis pelo auto cuidado Cuidadores exercendo seu papel com maestria.	Palestras motivacionais com psicólogos e médicos Atendimento psicológico individualizado para pacientes e cuidadores	Sensibilização dos pacientes a comparecerem nas palestras e atendimentos	Equipe de Saúde NASF	Imediato	Atendimento psicológico é realizado em outra unidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão, em desenvolvimento na unidade de saúde na qual estou inserida foi uma experiência enriquecedora. Levantar a problemática da área adscrita e intervir promovendo saúde, educação em saúde, hábitos saudáveis para o controle da hipertensão arterial revelou que as ações de prevenção e promoção da saúde integral diminuem a morbimortalidade da população, gerando um trabalho da equipe com os usuários extremamente eficaz. Nossa equipe tem tido êxito ao iniciar o HIPERDIA, que não existia na unidade, além de realizar acompanhamento de hipertensos que apenas renovavam receita sem consulta médica e sem acompanhamento dos níveis pressóricos e exames de rotina. Certamente virão outros resultados positivos no desenvolvimento permanente do plano de ação em saúde elaborado neste estudo.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS(DATASUS). **Prevalência da hipertensão arterial segundo Região no período de 2012.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def> .Acesso em: julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia –Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação.** Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.** Brasília, 2001

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** 1 ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica;** v 16. Brasília, 2006. 58 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: maio de 2014.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Programa Academias de Saúde.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>. Acesso em: 01 de outubro de 2014

BRASIL.Ministério da Saúde **Hiperdia- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Diabéticos e Hipertensos.** Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual-hiperdia_1.5_m_02.pdf Acesso em: 10 de novembro de 2014

CAMPOS, F. C. C. de ;FARIA, H. P de; SANTOS, M.A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em

Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARRARA, K. M. Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes. 2003. Dissertação (pós graduação)- Escola Pública do Paraná, Mandaguaçu, 2003.

CONASS, Nota técnica: Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS e dá outras providências. Brasília; pp 6-7;2013. Disponível em: <http://conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%20282013%20%20Academia%20da%20sau%CC%81de.pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2014.

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

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. bras. Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. 424-428, nov. 2004.

GUSMAO, J. L.; JUNIOR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, v.13, p 23-25, 2006.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Minas Gerais. Passos. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: julho de 2014.

JARDIM, P.C.B.V., JARDIM, T.S.V., Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.26-29, 2006

LESSA, Inés. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V. 13, p 39-46, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf> Acesso em: julho de 2014.

MANFROI, A; OLIVEIRA, F A de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, n° 7, p 165-176. 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/52/42>. Acesso em: julho de 2014.

MION, JR. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

MION JR, et al. **Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2002. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf Acesso em: julho de 2014.

Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance: results from a population-based study in the elderly. **Am J Hypertens** 1997; 10:697-704.

NOBRE, Fernando et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**Rio de Janeiro. (v1 supl.1) p.1-51. 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: julho de 2014

PASSOS, V. M. de A; ASSIS, T. D; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** V.15, n.1.Belo Horizonte, 2006.45p. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf> . Acesso em: julho de 2014

PASSOS, Prefeitura Municipal de. **Plano Municipal de Saúde.**Passos: Prefeitura de Passos, 2013. 53 p.

PASSOS, Prefeitura Municipal de. **Relatório anual de gestão.** Passos: Prefeitura de Passos, 2013. 12 p.

PENHA, Estratégia da Saúde da Família. **Diagnóstico Situacional de saúde.** Passos: Prefeitura de Passos, 2013. 5 p.

SILVA, C. A. et al. Hipertensão em uma unidade de saúde do SUS: orientação para o autocuidado. **Rev. Baiana de Saúde Pública.** v. 30, n. 1, 2008.

STRELEC, M. A. A M; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v.81. São Paulo, SP. 2003. p.343-348 Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>. Acesso em: julho de 2014.

TURRINI, R. N. T. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo. São Paulo: **Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo; 2001.