

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLAIBER LEVINDO CALILI DIAS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO
DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALEXANDRE DE ANDRADE, DA CIDADE DE
SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

GOVERNADOR VALADARES/ MINAS GERAIS

2018

CLAIBER LEVINDO CALILI DIAS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO
DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALEXANDRE DE ANDRADE, DA CIDADE DE
SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Maria José Nogueira

GOVERNADOR VALADARES/ MINAS GERAIS

2018

CLAIBER LEVINDO CALILI DIAS

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO
DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE DA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA ALEXANDRE DE ANDRADE, DA CIDADE DE
SOBRÁLIA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora: Maria José Nogueira (Orientadora)

Professora: Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de setembro de 2018.

DEDICATÓRIA

O Deus, que está presente constantemente na minha vida, guiando meus passos, olhando por mim e por toda a minha família. Sem essa crença tão forte Nele, esses anos teriam sido muito mais difíceis. Agradeço também, por estar ao meu lado em especial nos momentos mais complicados, o que me dá forças para continuar seguindo o meu caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À minha família, pelo carinho e apoio, pois não mediram esforços para que chegasse até esta etapa de minha vida.

A todos os professores do curso, e especialmente à orientadora Maria José Nogueira que foram importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Não importa o que aconteça, continue a nadar!

(Walters, Graham, 2003)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar um projeto de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes atendidos pela equipe da unidade de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da cidade de Sobrália, Minas Gerais. Para o desenvolvimento do estudo foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, a fim de realizar o diagnóstico situacional e a elaboração do plano de ação. Foi também realizada uma revisão da literatura para dar sustentação teórica ao plano. Verificou-se que a implementação de intervenções educacionais sobre o conhecimento relacionado à hipertensão, pode ajudar os pacientes a compreenderem melhor seu problema de saúde e sua terapia, aliviar os fatores de risco clínicos para prevenir complicações relacionadas à hipertensão, além de contribuir para mudanças benéficas em comportamentos de saúde e adesão ao tratamento regular, melhorando os resultados de saúde. As ações de intervenções educacionais, aconselhamento sobre estilo de vida e dicas dirigidas ao paciente para aumentar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial, também são importantes para incentivar estes indivíduos a praticarem atividades físicas, adotarem uma alimentação mais saudável, além de abandonarem o consumo de álcool e o tabagismo. Concluiu-se que o desenvolvimento dos projetos: “Educar para conhecer melhor”; “A importância de hábitos e estilo de vida saudáveis”; “Educação permanente da equipe de saúde” podem solucionar ou minimizar os impactos da baixa adesão ao tratamento medicamentoso. No entanto, é essencial a capacitação e a educação continuada dos profissionais da saúde para melhorar a qualidade dos cuidados, atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos, destacando-se ainda, a participação ativa, tanto da equipe de saúde da família, quanto dos gestores e da comunidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Adesão ao tratamento. Hipertensão. Sobrália.

ABSTRACT

This study aimed to present an intervention project to improve adherence to the antihypertensive treatment of patients attended by the team of the Alexandre de Andrade Family Health Unit, in the city of Sobrália, Minas Gerais. For the development of the study was used the Strategic Situational Planning, in order to carry out the situational diagnosis and the elaboration of the action plan. A review of the literature was also carried out to give theoretical support to the plan. It has been found that the implementation of educational interventions on knowledge related to hypertension can help patients better understand their health problem and therapy, alleviate clinical risk factors to prevent complications related to hypertension, and contribute to beneficial changes in health behaviors and adherence to regular treatment, improving health outcomes. The actions of educational interventions, lifestyle counseling, and patient-directed tips to increase adherence to treatment and blood pressure control are also important to encourage these individuals to engage in physical activities, adopt healthier eating, and alcohol consumption and smoking. It was concluded that the development of the projects: "Educate to know better"; "The Importance of Healthy Habits and Lifestyle"; "Permanent education of the health team" can solve or minimize the impacts of low adherence to drug treatment. However, it is essential the training and continuing education of health professionals to improve the quality of care, care and follow-up of hypertensive patients, as well as the active participation of both the family health team and the managers and community.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Adherence to treatment. Hypertension. Sobrália.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AVE	Acidente vascular encefálico
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DVP	Doença vascular periférica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHS	Fundação Hospitalar de Saúde
FPM	Fundo de participação municipal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISSQN	Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas
PAB	Piso de Atenção Básica
PEC	Programa de educação continuada
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da Unidade Básica de Saúde, município de Sobrália, estado de Minas Gerais.....	18
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conhecimento e nível de educação dos pacientes, para entender sobre os riscos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.....	29
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de hábitos e estilos de vida saudáveis dos pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.....	30
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falha na capacitação e da educação contínua dos profissionais da saúde para qualidade dos cuidados e atendimento de visitas de acompanhamento dos pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	13
1.2 Aspectos da comunidade.....	14
1.3 O sistema municipal de saúde.....	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde.....	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade.....	15
1.6 O dia a dia da equipe.....	16
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	17
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	18
2 JUSTIFICATIVA.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	22
5.2 Hipertensão.....	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1 Descrição do problema selecionado.....	27
6.2 Explicação do problema.....	28
6.3 Seleção dos nós críticos.....	28
6.5 Desenho das operações.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão caracteriza-se como uma doença crônica e uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, sendo considerado um dos fatores de risco mais prevalentes para doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Segundo Demoner, Ramos e Pereira(2012), conforme dados epidemiológicos obtidos em mais de 25 países indicam que, um bilhão, novecentos e setenta e dois milhões de pessoas com idade de 18 a 91 anos apresentarão hipertensão em 2025. No entanto, por se tratar de uma doença assintomática e, portanto, subdiagnosticada, esta estimativa poderá ser ainda maior.

Embora a eficácia dos agentes anti-hipertensivos tenha sido confirmada, a manutenção dos níveis de pressão arterial dentro do intervalo desejável permanece insatisfatória. Isto é causado em parte, pela não adesão à terapia de drogas, que é uma questão fundamental na determinação da eficácia do tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A adesão à terapia de longo prazo é medida pelo comportamento de um indivíduo: tomar medicamentos, seguir uma dieta e / ou modificar o estilo de vida, correspondendo às recomendações dos profissionais de saúde. As estimativas da medida em que os pacientes aderem à medicação para hipertensão variam de 50% a 70%. Esta variação, segundo Ungari e Fabbro (2010) está relacionada às diferenças nos grupos de estudo, duração do seguimento, métodos de mensuração da adesão e regimes de drogas utilizados em diferentes estudos.

Ungari e Fabbro (2010) elucidaram ainda, que os pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso, se esforçam para minimizar os efeitos adversos e facilitar a vida diária, e frequentemente justificam sua não adesão como uma decisão ativa. A confiança do paciente na prescrição e na equipe de saúde ou no médico, de acordo com Leite e Vasconcelos (2003) destaca-se como um dos principais fatores para a adesão do paciente hipertenso ao tratamento. Além disso, pode-se citar

ainda, o medo de complicações da hipertensão e o desejo de controlar a pressão arterial.

Dentre as inúmeras intervenções destinadas a promover a adesão à terapia anti-hipertensiva, pode-se destacar a simplificação do regime de medicamentos, educação do paciente, estratégias motivacionais, além de intervenções combinadas complexas. Portanto, torna-se necessário avaliar os conhecimentos e preferências dos pacientes em relação ao seu tratamento, a fim de melhorar sua adesão ao tratamento (UNGARI; FABBRO, 2010)

Segundo Martins, Atallahe Silva (2012), a hipertensão arterial é um problema de saúde pública, devido sua alta prevalência e complicações em longo prazo. As doenças cardiovasculares, no Brasil, em 2005, foram responsáveis por 28% de todas as mortes. Desta forma, torna-se necessários esforços no atendimento primário para alcançar o controle adequado de hipertensão com a adesão ao tratamento.

O Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início em 1994, com o objetivo de promover os cuidados de saúde para os indivíduos de forma holística, integrada e contínua, por meio de cuidados para famílias e comunidades. Além disso, procura também melhorar a qualidade de vida e intervir em fatores que colocam isso em risco concentrando-se em questões biopsicológicas, econômicas, culturais e sociais(BRASIL, 1997).

Em 2002, foi implementado pelo Ministério da Saúde, um plano para redirecionar a provisão de cuidados para hipertensão e diabetes mellitus (HiperDia), dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de fornecer suporte técnico para profissionais que trabalham na rede de atenção primária, quanto ao atendimento não só para casos de hipertensão, mas também para diabetes mellitus, que é outro problema de saúde pública(BRASIL, 2001).

Portanto, a fim de diminuir as complicações, internações hospitalares e óbitos relacionados à hipertensão arterial e reduzir sua prevalência, é necessário aumentar o grau de conhecimento entre a população quanto à importância da adesão à terapia de longo prazo e controle da pressão arterial; garantir o acesso aos serviços de

saúde primários e medicamentos para indivíduos hipertensos, além de incentivar programas baseados na comunidade (MARTINS; ATALLAH; SILVA, 2012).

1.1 Aspectos gerais do município

Distrito criado com a denominação de Sobrália, pelo Decreto-Lei Estadual nº. 1058, de 31-12-1943, subordinado ao município de Tarumirim. Elevado à categoria de município com a denominação de Sobrália, pela Lei Estadual nº 2764, de 30-12-1962, desmembrado de Tarumirim. Sede no antigo distrito de Sobrália. Constituído de dois distritos: Sobrália e Plautino Soares.

Sobrália está inserida na região administrativa do Vale do Rio Doce, e apresenta uma população de 5.830 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (IBGE, 2010).

A extensão territorial do município é de 207 km². Sobrália possui muitos córregos, sendo banhado nas proximidades de Plautino Soares (distrito do município) pelo Rio Doce. Seu córrego mais importante é o Córrego das Pedras, pois este fornece água para Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), que abastece o município com água tratada. A rodovia de acessos à cidade é a BR 116 e a MG 900. Sobrália possui três tipos de solo: solo arenoso, solo argiloso e humoso. Possui duas grandes serras que são: a Serra do Bananal e a Serra do Onça. São cidades limítrofes do município de Sobrália: ao norte está Engenheiro Caldas e Tarumirim; ao sul está Iapu e São João do Oriente; a leste está São João do Oriente e a oeste está Açucena e Fernandes Tourinho. Os córregos do município são: Córrego do Caixa Larga de Cima, Córrego do Caixa Larga de baixo, Córrego das Pedras, Córrego do Bugre, Córrego do Tanharão, Córrego do Passarinho, Córrego Santa Maria e Córrego Santa Terezinha.

1.2 Aspectos da comunidade

A população de Sobrália é predominantemente de baixo nível com um considerável número de desempregados e subempregados. Enfatiza-se ainda, que parte da comunidade vive em moradias precárias, com instalações de esgoto a desejar. A estrutura de saneamento básico também é precária, pois, o esgoto é escoado para o córrego sem tratamento, existindo também, moradias com sistema de esgoto a céu aberto (SOBRÁLIA, 2015).

A coleta do lixo é realizada periodicamente, que é levado ao centro de reciclagem e compostagem do lixo, portanto, o mesmo não fica a céu aberto. Já na zona rural, o lixo é queimado ou enterrado na maior parte das casas.

O abastecimento de água é predominantemente realizado pelo sistema público-COPASA. A taxa de analfabetismo se concentra na faixa etária dos idosos.

Dentre os recursos comunitários pode-se citar duas escolas, duas creches, dez igrejas, um sindicato, e uma associação de moradores, e algumas opções de lazer como Quadra poliesportiva, campo de futebol e parque na praça.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município conta com dois postos de Estratégia Saúde da Família na Sede. Duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um ônibus para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Possui também, em pleno funcionamento, um Conselho Municipal de Saúde.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- a) Fundo de participação municipal (FPM);
- b) Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- c) PAB (Piso de Atenção Básica) fixo;
- d) PAB (Piso de Atenção Básica) variável.

Além desses recursos financeiros a prefeitura ainda arrecada 50% do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) anual.

1.4 A Unidade Básica de Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Alexandre de Andrade está localizada no centro da cidade e abrange uma população de 2207 pessoas, composta por 05 microáreas, uma microárea na zona rural com a população distribuída da seguinte forma: microárea (1- 375 pessoas); (2-369); (3 – 378); (4 – 381); (5 – 371); zona rural (333).

De fácil acesso a população e boa infraestrutura, a unidade é bem ventilada, bem iluminada e sofreu reforma há pouco tempo. A unidade não possui gerente, apenas a enfermeira coordena e o secretário de saúde determina as ações. Em relação à qualidade, é considerada boa, inclusive a unidade teve uma boa qualificação pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹, no último ano avaliado.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade

A composição da ESF Alexandre de Andrade é formada por uma enfermeira, um médico, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um odontologista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de limpeza e uma recepcionista.

A unidade de Saúde da Família foi implantada em 2001. Funciona de segundasexta-feira de 7 às 16 horas com carga horária de todos os profissionais de 40 horas semanais.

Quanto aos aspectos demográficos pode-se ressaltar que a população é formada de 433 crianças, 465 adolescentes, 914 adultos, 395 idosos, conforme descrito na ficha Ficha A da ESF Alexandre de Andrade, em Abril, 2017.

¹O PMAQ-AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2018, p. 1).

1.6 O dia a dia da equipe

O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Alexandre de Andrade se dá da seguinte forma: A agenda é pactuada com antecedência em uma reunião de equipe. A atenção programada é agendada com antecedência pela recepção e pelos agentes comunitários de saúde em suas visitas, a fim de oferecer mais comodidade aos pacientes da área de abrangência.

E em relação à demanda espontânea, é realizado um acolhimento para todos os usuários que chegam a essa unidade e, posteriormente realiza-se uma triagem pela enfermagem que avalia o caso, colhe os sinais vitais, sendo encaminhando em seguida para o consultório de acordo com a ordem de prioridade. Desta maneira, nenhum paciente fica sem atendimento.

As visitas domiciliares são realizadas uma vez na semana. São realizados projetos terapêuticos singulares para os pacientes que têm mais necessidade de atenção, com o intuito de gerenciar melhor os casos. Uma vez na semana são realizados grupos operativos com diversos temas.

A educação permanente é um pouco falha e, acontece prioritariamente pela Secretaria de Estado de Saúde ou quando há alguma demanda da equipe.

O trabalho em rede conta com:

- a) Atenção especializada: algumas especialidades existem no município, tais como: psicologia, fonoaudióloga, geriatria, reumatologia, nutricionista, pediatria e ginecologias. Outras especialidades são referenciadas para as cidades mais próximas, tais como Governador Valadares.
- b) Atenção de urgência e emergência: são referenciadas para os hospitais de Governador Valadares.
- c) Atenção hospitalar: são referenciadas para os hospitais de Governador Valadares.
- d) Apoio diagnóstico: apoio laboratorial no município, exame de imagem como ultrassom em Engenheiro Caldas e outros exames são referenciadas para Governador Valadares.
- e) Assistência farmacêutica: conta com uma farmácia.

- f) O agendamento é realizado na secretaria municipal de saúde e via SUS fácil.
- g) Existe a integralidade do serviço prestado.

Na unidade de Saúde da Família Alexandre de Andrade o dia a dia da equipe está voltado para o cuidado da saúde da população adscrita, a fim de promover a proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos, atendimento no domicílio, atendimento da demanda espontânea, acolhimento dos usuários, avaliação e intervenções de cuidado, busca ativa e notificação de doenças e agravos, a fim de elaborar intervenções que atendam prioritariamente os problemas de saúde do território e da comunidade.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Na área de abrangência, onde a cobertura populacional é de 2207, a quantidade de hipertensos totaliza 381 sendo, portanto, 16% da população com essa patologia, caracterizando-se assim, um problema de saúde pública de grande relevância, sendo que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso é o mais preocupante.

Além disso, pode-se ainda citar a falha na contra referência, demora no agendamento para atenção especializada, atraso em retorno de exames, o diagnóstico tardio, o curso assintomático prolongado da doença, regimes complexos de prescrição e insatisfação com o serviço de saúde.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da Unidade Básica de Saúde, município de Sobrália, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Alta	7	Parcial	1
Diabetes	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolítico	Alta	6	Parcial	3
Dengue	Alta	5	Parcial	4
Deficiência na Educação Permanente em saúde dos profissionais	Alta	5	Parcial	5

Fonte: própria do pesquisador

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se por ser a hipertensão arterial sistêmica um grave problema de saúde pública e, além disso, uma das principais causas dos efeitos negativos dessa patologia é a não adesão ao tratamento, pois muita das vezes, os pacientes não entendem a doença e a terapia medicamentosa.

É importante enfatizar ainda, que devido ao curso assintomático da hipertensão, muitos pacientes acreditam que a doença é intermitente e podem ser tratadas exclusivamente com terapias não medicamentosas, como alívio do estresse ou medicamentos caseiros.

No entanto, os cuidados primários de saúde, a educação em saúde, focada na mudança de estilo de vida, adesão à terapia medicamentosa, podem contribuir para a prevenção de doenças decorrentes da falta de controle da hipertensão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes atendidos pela equipe da unidade de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da cidade de Sobrália, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- a) Verificar quais os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão;
- b) Incentivar os pacientes à adesão ao tratamento medicamentoso;
- c) Demonstrar a importância da mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis;
- d) Contribuir para a prevenção de doenças decorrentes da falta de controle da hipertensão.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017), a fim de estimar os problemas observados e posteriormente classificar a prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da Unidade Básica de Saúde, município de Sobrália, estado de Minas Gerais para seleção do problema para plano de intervenção.

Fez-se ainda, uma revisão nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.), além de outras fontes de busca para revisão bibliográfica, nos idiomas português e inglês, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis. Os descritores utilizados foram: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Adesão ao tratamento. Hipertensão.

Posteriormente, elaborou-se um projeto de intervenção, desenvolvido em seis passos conforme o PES:

- 1) Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade;
- 2) Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção;
- 3) Descrição do problema selecionado;
- 4) Explicação do problema;
- 5) Seleção dos nós críticos;
- 6) Desenho das operações.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A ESF surgiu em 1994 como uma nova intervenção de saúde, a fim de implementar a atenção primária, com o objetivo de reestruturar o modelo de saúde em vigor até então, propondo mudar o modelo de cuidados de saúde, removendo o foco do modelo hospitalar, para uma maior atenção das comunidades, utilizando como estratégias, o cuidado e a atenção para conquistar a confiança do usuário (GIRÃO; FREITAS, 2016).

O objetivo da ESF é reorganizar a Atenção Básica no país, conforme os preceitos do SUS. A Saúde da Família pode ser entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

O nível de atenção primária é um dos eixos estruturais do SUS, vive um momento especial, onde identifica-se como uma prioridade para o Ministério da Saúde do Brasil, cujos desafios atuais ressaltam-se o acesso, a conexão e o cuidado (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Desde a criação da ESF pelo Ministério da Saúde no Brasil, enfatizando a atenção primária, o tratamento da HAS tornou-se uma das suas principais práticas. O grande desafio foi para fornecer cuidados de saúde regionalizado, integrado e multidisciplinar de qualidade que abordassem a prevenção primária e secundária (GIRÃO; FREITAS, 2016).

Em 2002, oito anos após a implementação da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), verificou-se que os objetivos propostos de 1994 para o cuidado de pacientes com HAS e diabetes não estava sendo cumprido. Assim, o programa HIPERDIA foi criado em 2001 pelo Ministério da Saúde a partir do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (ASSIS;

SIMÕES;CAVALCANTE, 2012).Segundo o Ministério da Saúde: “A meta principal é garantir acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços” (BRASIL, 2002, p. 5).

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS. Os dados permitem gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Os dados são enviados para o Cartão Nacional de Saúde, garantindo a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. Tem como benéficos a possibilidade de orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, permitindo conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população (DATASUS, 2018).No entanto, a HAS continua a prevalecer e representa um alto custo no sistema de saúde pública.

5.2 Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), de acordo com Ungari e Fabbro (2010), Demoner, Ramos e Pereira (2012) e Oliveira *et al.* (2013) é considerada uma doença com alta prevalência e baixo controle, e seu tratamento inadequado pode resultar em infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica (DVP), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Em razão dessas consequências, a HAS é responsável por cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo.

No Brasil, conforme Oliveira *et al.* (2013),Girão e Freitas (2016), a prevalência média da HAS varia de 14% a 47,9%representando, assim, a principal causa de morte não-violenta no Brasil e um grave problema de saúde pública.

Dentre os principais desencadeadores dos agravos da HAS, de acordo com Barreto, Reiners e Marcon (2014), pode-se citar a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença.

Oliveira *et al.* (2013) ressaltaram que a má adesão ao tratamento é uma questão crítica do problema dificultando a obtenção de melhores resultados clínicos. Assim, muitos estudos têm buscado novas soluções e estratégias, com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Segundo Silva *et al.* (2013), os adultos mais velhos estão mais propensos a controlar a hipertensão arterial, sugerindo-se uma percepção de autocuidado mais precisa e maior adesão ao tratamento.

Conforme Barreto, Reiners e Marcon (2014), é necessário propor e implementar ações que atendam as verdadeiras necessidades dessa população, para que os profissionais de saúde possam atuar de maneira eficaz e identifiquem os pacientes que não aderem ao tratamento, bem como suas características e os motivos pelos quais isso ocorre.

A baixa adesão à terapia anti-hipertensiva, de acordo com Demoner, Ramos e Pereira (2012) deve-se frequentemente, à utilização inadequada de medicamentos, que se identificadas, poderão ser realizadas possíveis melhorias nos cuidados de saúde, promovendo a segurança e a eficácia da terapia anti-hipertensiva.

A adesão à terapia de longo prazo, segundo Ungari e Fabbro (2010) é a medida de acordo com o comportamento de um indivíduo de acordo com recomendações dos profissionais de saúde em: tomar medicamentos, seguir uma dieta e / ou modificar o estilo de vida. As estimativas da medida em que os pacientes aderem à medicação para hipertensão variam de 50% a 70%. Tal variação deve-se às diferenças nos grupos de estudo, duração do seguimento, métodos de mensuração de adesão e regimes de drogas utilizados em diferentes estudos.

Demoner, Ramos e Pereira (2012) destacaram que a prevalência de pacientes que não aderem à terapia anti-hipertensiva é bastante elevada (64%), estando associada às variáveis: faixa etária, ocupação, obesidade, ausência de outra doença crônica, falta de emprego de medicamentos de uso contínuo, incompreensão das

recomendações médicas e o desconhecimento do nome do medicamento anti-hipertensivo utilizado. Concluíram que os pacientes mais jovens, que trabalham, com sobrepeso ou obesidade estão os mais propensos a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Ungari e Fabbro (2010) ao analisarem a adesão ao tratamento de drogas em 109 pacientes hipertensos matriculados no PSF em Ribeirão Preto, SP, Estado de São Paulo, verificaram que 79,8% dos pacientes aderiram ao tratamento e 43,1% não aderiram. Destacaram que dentre as possíveis causas da não adesão ao tratamento, foram identificadas a "confiança no médico" ou "número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados".

Barreto, Reiners e Marcon (2014) identificaram em um estudo o nível de conhecimento de pessoas com hipertensão arterial quanto a doença, além dos fatores associados à não adesão medicamentosa anti-hipertensiva. Concluíram que o que influencia a não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivos são as prescrições farmacológicas complexas, pouco conhecimento sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde, corroborando com o estudo de Ungari e Fabbro (2010).

Ungari e Fabbro (2010) destacaram que para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é necessário que os profissionais da saúde estabeleçam um relacionamento colaborativo, além de dar uma maior ênfase à educação do paciente em relação à hipertensão, bem como a organização de cursos de educação permanente para o treinamento de profissionais de saúde, abordando o uso correto de medicamentos, compartilhamento de conhecimento, modificando crenças e atitudes em relação ao tratamento, para ajudar os pacientes a entenderem suas condições de saúde, a fim de minimizar os problemas de adesão e, consequentemente obter melhores resultados dos recursos financeiros mobilizados para controle da HAS.

Para Filippi *et al.* (2013) é importante organizar práticas familiares e as clínicas baseadas na comunidade, por meio de um sistema de acompanhamento regular e revisão aos pacientes hipertensos. Dentre as estratégias para melhorar o controle da pressão arterial, os autores citaram os lembretes de auto monitoramento e

nomeação, além de uma avaliação adicional. Concluíram que para melhorar ainda mais o controle da hipertensão é necessária a estratégia multifacetada simples, barata e sustentável longo prazo no quadro de trabalho de cuidados primários.

Estratégias voltadas para a educação da saúde dos profissionais têm impacto positivo para a transformação do comportamento do paciente, melhorando as taxas de adesão ao tratamento da HAS (SCHROEDER;FAHEY; EBRAHIM, 2004; BENNETT *et al.*, 2009; ROBINSON *et al.*, 2010).

Ao analisarem as estratégias da ESF, antes e depois de um programa de educação continuada (PEC), feito por seminários sobre a adesão ao tratamento da hipertensão, por conferências da Web, durante um período de 6 meses, com o objetivo aumentar a adesão ao tratamento da HA, Oliveira *et al.* (2013) verificaram que a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos e a baixa dieta salina melhoraram após o PEC, sugerindo-se que a estratégia de tele saúde provoca um impacto positivo em pacientes hipertensos, corroborando com o estudo de Green *et al.* (2008), Joshi *et al.* (2011).

A aproximação do profissional da saúde com seus pacientes e familiares é essencial para o sucesso de qualquer proposta aumentar a adesão ao tratamento e para superar algumas barreiras (BENNETT *et al.*, 2009). Esta abordagem persistente por profissionais de saúde que vivem na comunidade e compartilham o mesmo ambiente socioeconômico e cultural pode representar uma chave para superar a barreira da incompreensão do paciente, tornando-o consciente da sua condição e responsável pelos possíveis resultados da doença (GREEN *et al.*, 2008).

Por ser a hipertensão uma doença crônica com altas taxas de prevalência, Girão e Freitas (2016), elucidaram que é importante oferecer um tratamento contínuo. Para tanto, é fundamental o conhecimento da necessidade do acesso, conexão e cuidados no tratamento da hipertensão, bem como a corresponsabilidade dos profissionais da saúde, pelo processo de atendimento. Os usuários precisam ser abordados com a prestação de um serviço de saúde que garanta cuidados universais, equitativos, abrangentes e de qualidade.

6 PLANODE INTERVENÇÃO

Essa proposta, que foi elaborada de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017), refere-se ao problema priorizado “Falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, para o qual se registra ser uma das principais causas dos efeitos negativos da HAS, já que na maioria das vezes, os pacientes não entendem a doença e a terapia medicamentosa.

Para enfrentar este problema, foi preciso selecionar seus nós críticos, a fim de solucionar ou minimizar os impactos da baixa adesão ao tratamento medicamentoso que é o mais preocupante.

6.1 Descrição do problema selecionado

A quantidade de hipertensos atendidos pela equipe da unidade de Saúde da Família Alexandre de Andrade, da cidade de Sobrália, Minas Gerais totaliza 381 sendo, portanto, 16% da população com essa patologia.

A não adesão à terapia anti-hipertensiva é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares como acidente vascular cerebral, um grave problema de saúde pública, o que o torna prioritário. Exige, desta maneira, o fortalecimento e a ampliação de estratégias eficazes, para prevenir, gerenciar e controlar a hipertensão e melhorar os resultados de saúde desta população.

Assim, para reduzir a mortalidade prematura dos pacientes hipertensos, é importante que estes sejam capacitados para monitorar seus próprios resultados clínicos e adesão à terapia anti-hipertensiva, a fim de otimizar a adesão à terapia anti-hipertensiva, bem como melhorar o acesso a medicamentos acessíveis para tratar a hipertensão, com o intuito de reduzir a morbidade, a mortalidade e os custos associados à esta patologia.

6.2 Explicação do problema selecionado

As barreiras para a adesão à medicação anti-hipertensiva são multifatoriais e, continua sendo um grande desafio na atenção primária.

Tal problema pode estar associado a diversos fatores como: a falta de confiança no médico; conhecimento, o nível de educação, o controle inadequado, a falta de educação contínua em saúde, as complicações da hipertensão, o regime de posologia anti-hipertensiva, os estados de doenças crônicas concomitantes, a idade dos pacientes, a falta de exercícios físicos e alimentação saudável, o acesso a medicamentos, o custo adequados das drogas prescritas, a qualidade dos cuidados e atendimento de visitas de acompanhamento.

Existe, portanto, uma necessidade urgente de diagnosticar prontamente e educar pacientes hipertensos com ênfase na adesão a medicamentos anti-hipertensivos.

6.3 Seleção dos nós críticos

As causas ou situações (críticas) que geram o problema prioritário, cuja resolução terá grande impacto para a resolução do problema prioritário são:

- a) Falta de conhecimento e nível de educação dos pacientes, para entender sobre os riscos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- b) Falta de hábitos e estilos de vida saudáveis dos pacientes hipertensos;
- c) Falha na capacitação e da educação contínua dos profissionais da saúde para qualidade dos cuidados e atendimento de visitas de acompanhamento dos pacientes hipertensos.

6.4 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da

Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais, estão detalhados em quadros a seguir:

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conhecimento e nível de educação dos pacientes, para entender sobre os riscos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento e nível de educação dos pacientes, para entender sobre os riscos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Operação (operações)	Fornecer educação em saúde, a fim de melhorar a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o conhecimento e as percepções do paciente sobre a hipertensão e suas consequências.
Projeto	“Educar para conhecer melhor”.
Resultados esperados	Aumentar o nível de educação e conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos; Demonstrar os benefícios da medicação anti-hipertensiva; Implementações de intervenções educacionais, aconselhamento sobre estilo de vida e dicas de aconselhamento dirigidas ao paciente para aumentar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial.
Produtos esperados	Cartazes e folhetos informativos de saúde, palestra individualizada e palestra comunitária.
Recursos necessários	Estrutural: Elaboração de cartazes e panfletos; organização de material educativo para palestras. Cognitivo: Educação em saúde sobre o tema Financeiro: recursos para impressão de cartazes e folhetos informativos Político: Articulação entre os setores da saúde e dos profissionais envolvidos.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial com instituições de ensino Financeiro: aquisição de recursos para confecção de cartazes e folhetos
Controle dos recursos críticos	Mobilização dos atores para cooperar com a busca dos recursos necessários
Ações estratégicas	Reunião para a apresentação do projeto; Motivação de todos os atores envolvidos.
Prazo	6 (seis) meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde da família e NASF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação do conhecimento alcançado pelos pacientes, por meio de atividades educativas.

Quadro 3– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de hábitos e estilos de vida saudáveis dos pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Falta de hábitos e estilos de vida saudáveis dos pacientes hipertensos
Operação (operações)	Conscientizar e incentivar os pacientes hipertensos a modificar os hábitos e o estilo de vida
Projeto	“A importância de hábitos e estilo de vida saudáveis”
Resultados esperados	Modificação de hábitos e estilo de vida dos pacientes hipertensos; Redução do índice de massa corporal dos pacientes; Abandono do tabagismo, consumo de álcool, inatividade física; Adesão ao tratamento anti-hipertensivo; Adesão à uma alimentação saudável, atividades físicas regulares, diminuição da massa corporal.
Produtos esperados	Grupos de caminhadas; cartilha com receitas e alimentação e hábito saudáveis; acompanhamento de uma equipe multiprofissional.
Recursos necessários	Estrutural: Elaboração de cartilha com receitas e alimentação e hábito saudáveis; organização de grupos para realização de atividades físicas Cognitivo: criação de grupo para elaboração de ações. Financeiro: recursos para confecção de cartilha; Político: Articulação entre os setores da saúde e dos profissionais envolvidos.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial com os setores da saúde e dos profissionais envolvidos. Financeiro: aquisição de recursos para confecção de cartilha.
Controle dos recursos críticos	Mobilização do atores para cooperar com a busca dos recursos necessários.
Ações estratégicas	Busca ativa; Reunião para a apresentação do projeto; Motivação de todos os atores envolvidos; Realização de exames e disponibilidade de aferição de pressão.
Prazo	6 (seis) meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde da família e NASF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação periódica da redução do índice de massa corporal dos pacientes; abandono do tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, além da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falha na capacitação e da educação contínua dos profissionais da saúde para qualidade dos cuidados e atendimento de visitas de acompanhamento dos pacientes hipertensos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Alexandre de Andrade, no município de Sobrália, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falha na capacitação e da educação contínua dos profissionais da saúde para qualidade dos cuidados e atendimento de visitas de acompanhamento dos pacientes hipertensos.
Operação (operações)	Capacitação e da educação contínua dos profissionais da saúde para qualidade dos cuidados, atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos.
Projeto	“Educação permanente da equipe de saúde”
Resultados esperados	Atendimento especializado e humanizado Capacitação dos profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias de comunicação e pedagógicas.
Produtos esperados	Cursos de capacitação e especialização para equipe de saúde da família; Implementação de protocolo de atendimento ao paciente hipertenso
Recursos necessários	Estrutural: material didático Cognitivo: desenvolvimento de ações educativas Financeiro: recursos para cursos de capacitação e especialização. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial com os setores da saúde e dos profissionais envolvidos. Financeiro: aquisição de recursos para confecção de material didático.
Controle dos recursos críticos	Mobilização dos atores para cooperar com a busca dos recursos necessários.
Ações estratégicas	Reunião para a apresentação do projeto; Motivação de todos os atores envolvidos.
Prazo	6 (seis) meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde da família e NASF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação periódica do conhecimento alcançado pelos profissionais da saúde, por meio de atividades educativas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de intervenções educacionais sobre o conhecimento relacionado à hipertensão, pode ajudar os pacientes a compreenderem melhor seu problema de saúde e sua terapia, aliviar os fatores de risco clínicos para prevenir complicações relacionadas à hipertensão, além de contribuir para mudanças benéficas em comportamentos de saúde e adesão ao tratamento regular, melhorando os resultados de saúde.

As ações de intervenções educacionais, aconselhamento sobre estilo de vida e dicas dirigidas ao paciente para aumentar a adesão ao tratamento e o controle da pressão arterial, também são importantes para incentivar estes indivíduos a praticarem atividades físicas, adotarem uma alimentação mais saudável, além de abandonarem o consumo de álcool e o tabagismo.

Portanto, percebe-se que a implementação das ações propostas sugeridas neste estudo como: “Educar para conhecer melhor”; “A importância de hábitos e estilo de vida saudáveis”; “Educação permanente da equipe de saúde” podem solucionar ou minimizar os impactos da baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

No entanto, é essencial a capacitação e a educação permanente dos profissionais da saúde para melhorar a qualidade dos cuidados, atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos, destacando-se ainda, a participação ativa, tanto da equipe de saúde da família como dos gestores e da comunidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS LC.; SIMÕES, M. O. S.; CAVALCANTE, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil **Rev Bras Pesq em Saúde**. v. 14, n. 2, p. 65-70, 2012. Disponível em: <www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/4189/3313> Acesso em: 08 Dec. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 20 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/reorganizacao_hipertensao_diabetes>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2017.

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 491-498, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Dec. 2017.

BENNETT, H. et al. The effectiveness of health coaching, home blood pressure monitoring, and home titration in controlling hypertension among low-income patients: Protocol for a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 10, n. 9, p. 456, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797520/>>. Acesso em: 08 Dez. 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>. Acesso em: 20 nov. 2017.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 27-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2017.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. DATASUS. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. DATASUS, 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>> Acesso em: 20 dez. 2017.

FILIPPI, A. et al. How many hypertensive patients can be controlled in “real life”: an improvement strategy in primary care. **BMC Family Practice**. v. 14, n. 1, p. 192, 2013. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-192>> Acesso em: 20 dez. 2017.

GIRÃO, A. L. A.; FREITAS, C. H. A. Hypertensive patients in primary health care: access, connection and care involved in spontaneous demands. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e60015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472016000200408&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em: 20 dez. 2017.

GREEN, B. B. et al. Electronic communications and home blood pressure monitoring (e-BP) study: Design, delivery, and evaluation framework. **Contemp Clin Trials** v. 29, n. 3, p. 376–395, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645352/>> Acesso em: 20 dez. 2017.

IBGE. **Sobralia**, Minas Gerais – MG. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/sobralia.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

JOSHI, A. et al. Evaluation of a tele-education programme in Brazil. **J Telemed Telecare**; v. 17, n. 7, p. 341–345, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933894>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

LEITE, S.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien. Saúde Colet.**, v.8, n.3, p.775-782, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

MARTINS, T. I.; ATALLAH, Á. N.; SILVA, E. M. K. Blood pressure control in hypertensive patients within Family Health Program versus at Primary Healthcare Units: analytical cross-sectional study. **São Paulo Med. J**, São Paulo, v. 130, n. 3, p. 145-150, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000300003>. Acesso em: 20 nov. 2017.

OLIVEIRA, D. C. et al. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. **Ver Bras Clin Med**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 219-22, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3766.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ROBINSON, J. D. et al. Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. **Ann Pharmacother**, v. 44, n. 1, p. 88–96, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20040704>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. **Arch Intern Med**, v. 164, n. 1, p. 722–732, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078641>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, C. S. et al. Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of primary health care. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 3, p. 584-90, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300584>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOBRÁLIA. **Plano Municipal de Saneamento Básico de Sobralia/MG**. 2015. Disponível em: <<http://pmsbfunec.com.br/Produtos/Caratinga/Sobralia/P1.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.4, p.260-312, 2006. Disponível em:<<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2005-2009/13-ha.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

UNGARI, A. Q.; FABBRO, A. L. E. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v.46, n.4, p.811-818,2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502010000400024>. Acesso em: 20 nov. 2017.