

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

DIANELYS VASCO ROJAS

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL: uma proposta de intervenção no Programa Saúde da
Família Cerejeiras.**

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2016

DIANELYS VASCO ROJAS

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL: uma proposta de intervenção no Programa Saúde da
Família Cerejeiras.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2016

DIANELYS VASCO ROJAS

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL: uma proposta de intervenção no Programa Saúde da
Família Cerejeiras.**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 22 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

A Deus e a Virgem Maria, por serem meus guias a cada passo, por abençoar minha vida, por ter me dado à oportunidade de cumprir este sonho de servir ao povo brasileiro.

A minha filha Elizabeth por ser essa força que na distância me ajuda a continuar nesta caminhada, por ser mi maior estímulo, meu tesouro mais prezado.

A meus pais Milagros e Oreste, porque a eles devo minha existência, por seu amor inigualável, por ter sido e continuar sendo meu apoio incondicional em cada um dos momentos e fases da minha vida e minha carreira.

A meu esposo Elvis por seu amor, dedicação, compreensão e carinho, por ser meu companheiro, por estar sempre do meu lado.

A Equipe de Saúde da família do Programa Saúde da Família Cerejeiras do município Ribeirão Das Neves, pelo apoio na realização deste trabalho.

Muito Obrigada!!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela presença constante na minha vida.

A meu marido por seu apoio incondicional e companheirismo de sempre.

A todos os professores, pelos ensinamentos tanto científicos quanto profissionais, em especial a professora Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, pela sua dedicação, paciência e compreensão.

As pessoas reclamam muito, mas se acovardam na hora de tomar providências. Querem que tudo mude, mas elas mesmas se recusam a mudar.

Paulo Coelho

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil existe uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica acima de 30%. Nas últimas décadas as doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e no mundo. A maior parte dessas doenças resulta de um estilo de vida inadequado e de outros fatores de risco que podem ser modificados. A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão é motivo de preocupação para os profissionais que atuam na atenção básica, devido a seu baixo índice, comprometendo o sucesso no controle da pressão arterial, possibilitando o aparecimento de lesões em órgãos alvos e comprometimento da capacidade funcional dos pacientes, ao mesmo tempo proporcionando na equipe de saúde sentimento de frustração e aumento da demanda nos serviços. Este trabalho tem como objetivo realizar uma proposta de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão, no Programa Saúde da Família Cerejeiras do município Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Para a construção desta proposta realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Espera-se que com a implantação das ações do projeto de intervenção possamos melhorar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial residentes no território da nossa unidade.

Palavras Chaves: Hipertensão. Adesão ao tratamento. Saúde da família.

ABSTRACT

The Hypertension is the most common cardiovascular disease. It is also the main risk factor for the most common complications such as stroke and acute myocardial infarction, in addition to chronic ESRD. In Brazil there is a prevalence of systemic hypertension above 30%. In recent decades cardiovascular disease appear first among the causes of death in Brazil and worldwide. Most of these diseases resulting from inappropriate lifestyle and other risk factors that may be modified. Adherence to medication and non-medication of hypertension is a concern for professionals working in primary care, due to its low rate, jeopardizing the success in controlling blood pressure, increasing the appearance of lesions in target organs and impaired ability functional patient, while providing the health team frustration and increased demand in services. This work aims to conduct an intervention proposal to increase adherence to treatment of hypertension in the Family Health Program Cherry municipality of Ribeirao das Neves, Minas Gerais. For the construction of this proposal was carried out a literature review on the subject next to the Virtual Health Library databases. It is expected that with the implementation of the intervention project actions can improve the quality of life of patients residents hypertension in the territory of our unit.

Key words: Hypertension. Adherence to treatment. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	19
5.2 Adesão ao tratamento.....	29
5.3 Saúde da família.....	33
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERENCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Na atualidade, o município Ribeirão das Neves ocupa uma área de 155,41 km², com uma população estimada de 322.659 habitantes com uma densidade demográfica de 1.905,07 habitantes por km² (IBGE, 2015).

Possui três macrorregiões administrativas: o distrito de Justinópolis; o regional Centro e a regional Veneza, que representam as três aglomerações urbanas. É eminentemente urbano, sendo que 99,27% da população residem em área urbana (PREFEITURA DE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

Localizado numa rede urbana constituída por cidades em desenvolvimento, sua posição geográfica permite, por meio de rodovias, o acesso ao sul, à Belo Horizonte (32 km) e Contagem (38 km); Pedro Leopoldo ao norte (30 km); Vespasiano a leste (22 km) e à Esmeraldas, distante 29 km a oeste. O município é divisor de duas bacias hidrográficas: a do Rio São Francisco e a do Rio das Velhas. (PREFEITURA DE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

1.2 Histórico do Município

Ribeirão das Neves, nos meados do século passado, era um povoado pertencente ao distrito de Pindaré. Com o progresso natural da região, se foi desenvolvendo e posteriormente, em 1923, elevou-se a distrito pertencente ao município de Contagem. Pelas sucessivas divisões territoriais do Estado integrou seguidamente Betim e Pedro Leopoldo. O fator preponderante em seu crescimento foi a instalação em suas terras da Penitenciária Agrícola de Neves, que motivou o deslocamento de grande número de agregados, formando-se assim um povoado composto em sua maioria de habitantes ligados, por quaisquer motivos, ao estabelecimento penal. Elevado à categoria de município com a denominação de Ribeirão das Neves, pela Lei n.º 1.039, de 12-12-1953, desmembrado de Pedro Leopoldo. Constituído de dois distritos: Ribeirão das Neves e Justinópolis, Instalado em 01-01-1954, esta divisão permanece até os dias atuais (IBGE, 2015).

1.3 Descrição do Município

Aspectos Geográficos

O município Ribeirão Das Neves encontra-se situado a 32 km da cidade de Belo Horizonte. É vizinho dos municípios de São Jose de Lapa, Belo Horizonte, Esmeraldas y Sete Lagoas. Situado a 808 metros de altitude, as coordenadas geográficas do município: Latitude: 19° 45` 57" Sul Longitude: 44° 5` 13" Oeste. (PREFEITURA RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

Aspectos Socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso em longo prazo, em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. De acordo com a Atlas do Desenvolvimento Humano (2013), o IDH do município em 2010, foi de 0,684, pelos parâmetros avaliativos este valor é considerado como médio.

A Renda *per capita* de Ribeirão das Neves, segundo a Atlas de Desenvolvimento Humano (2013), era de R\$ 319,28 em 2000 e passou para R\$ 479,77 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 50,27% de 2000 a 2010. Entretanto, Ribeirão das Neves apresentou em 2010, um dos menores valores da região metropolitana. Em 2015, a renda per capita familiar foi R\$ 350, que comparado com a média da renda *per capita* no estado Minas Geral, de R\$ 1128, pode- se considerar que o município aumentou a renda até 2010, mas teve uma diminuição e continua com um dos menores valores da região (IBGE, 2015).

No município a economia tem poucas alternativas, baseia-se na atividade de pequenas cerâmicas espalhadas pela periferia da cidade, refletindo mais problemas ambientais que ganhos com arrecadação ou geração de empregos. Além disso, apresenta a atividade hortifrutigranjeira que funciona como importante fonte de renda das famílias (PREFEITURA RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

A extração de pedras britadas basicamente, gnaisse e ornamentais é uma das atividades do setor primário de Ribeirão das Neves. Também conta com outra atividade significativa que é a fabricação de móveis e, pode-se citar a existência de indústrias de fabricação de artigos de vestuário, têxteis, etiquetas e adesivos, tubos de PVC, aparelhos e materiais elétricos, etc. (PREFEITURA RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

Tem pouca diversificação do comércio varejista caracteriza-se por ser modesto e local. Destacam-se os depósitos de material de construção, seguidos de pequeno comércio dos setores alimentício, vestuário e farmacêutico e pequenos serviços de reparo e conservação. As fábricas existentes e um comércio em ascensão fortalecem o crescimento do município e ainda abrigam uma parte pequena da população economicamente ativa (PREFEITURA RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

Sistema Local de Saúde

O município Ribeirão das Neves, do ponto de vista da territorialização, é dividido em cinco Regiões Sanitárias, distribuídas em três macrorregiões: a regional Centro (Região Sanitária I); a regional Veneza (Região Sanitária II) e o distrito de Justinópolis (Regiões Sanitárias III, IV e V) (SECRETARIA DE SAÚDE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

A Rede de Atenção à Saúde no município de Ribeirão das Neves conta com os seguintes pontos de atenção, em termos de unidades de saúde, por nível de complexidade (SECRETARIA DE SAÚDE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015):

- **Atenção Primária à Saúde:** Conta com 50 unidades Saúde da Família, comportando as 53 equipes de Estratégia de Saúde da Família (funcionamento de 8 horas/dia de segunda a sexta) e cinco Unidades Básicas de Referência (UBR) (funcionamento de 12 horas/dia de segunda a sexta, sendo a UBR Veneza com funcionamento de 15 horas/dia de segunda a sexta) e sete Equipes de Saúde Bucal instaladas em sete Unidades Básicas de Saúde.

- **Atenção às Urgências e Emergências:** duas Unidades de Pronto

Atendimento (UPA) com funcionamento de 24 horas/dia nos sete dias da semana, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) e um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

- **Atenção Secundária:** um Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO), com funcionamento de 12 horas/dia de segunda a sexta; três Unidades Ambulatoriais em Saúde Mental que funcionam como serviço de apoio matricial e Três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O município dispõe do Hospital Municipal São Judas Tadeu (HSJT), que presta os serviços de pronto atendimento para emergências clínicas e traumas, emergências ginecológicas e obstétricas e demandas eletivas.

- **Alta Complexidade:** referenciados para Belo Horizonte.

Território da Unidade Básica de Saúde Cerejeiras

O PSF Cerejeiras encontra-se localizado exatamente na Rua Bangu, número 65, Bairro Urca. Distrito Justinópolis, Região III. População cadastrada estimada é de 4200 pessoas que integram 1038 famílias. A unidade funciona de segunda a sexta feira, horário 08:00 as 17:00 Horas. A Equipe de Saúde da Família está conformada por: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde (SECRETARIA DE SAÚDE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

Quanto aos recursos materiais, a infraestrutura de apoio e logística ainda apresenta-se como um desafio no município, devem ser ampliados e apoiados com materiais médico-hospitalares e medicamentos. Nosso PSF encontra-se funcionando numa casa alugada adaptada, não tem uma infraestrutura adequada, dificultando o fluxo da Unidade, não conta com sala de observação para atendimento das urgências.

O município tem que trabalhar também na ampliação da infraestrutura de equipamentos tecnológicos, de Conectividade (wireless) e Sistema de Informações, que ainda não chega nas Unidades de Saúde. A informatização constitui um

importante recurso para implementação das estratégias de ampliação da qualidade, assim como para o gerenciamento da informatização e conhecimento. A ampliação da rede de informatização (conectividade) no município possibilitará a revisão e aperfeiçoamento de processos e fluxos assistenciais e gerenciais na rede de atenção à saúde.

No diagnóstico situacional da nossa área de abrangência realizado em 2015, em conjunto com os demais profissionais que integram a Equipe, ocorreu quando realizamos o módulo Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPO; FARIA; SANTOS, 2010), do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. Naquela oportunidade encontramos que do total de pacientes cadastrados na unidade a maioria encontrava-se na faixa etária 15-59 anos, demonstrando que população é predominantemente adulta.

A doença crônica com maior prevalência e incidência é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), principal motivo pelo qual os pacientes procuram a unidade, geralmente por descontrole da pressão arterial. Dentro dos problemas de saúde que atingem a nossa população o principal é a baixa adesão dos pacientes ao tratamento da HAS, que dificulta o controle dos níveis pressóricos, causa de complicações e agravos nos pacientes portadores da doença. Daí surgiu meu interesse para realizar este trabalho.

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de

desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco, tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (JARDIM *et al.*, 2007).

A HAS por ser na maior parte do seu curso assintomática, o diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Depois de realizar o diagnóstico situacional e identificar os principais problemas de saúde que mais afetam a população da área de abrangência do PSF Cerejeiras do município Ribeirão Das Neves, a nossa equipe considerou como mais relevante para ser trabalhado por meio de um projeto de intervenção, a baixa adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.

Justifica-se por ser uma doença crônica não transmissível (DCNT) predominante e uma das causas principais de procura de atendimento diário na Unidade.

Ressalta-se, ainda, o predomínio de população adulta que vive no território e com evidências de serem os grandes portadores deste agravo.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de aumentar a adesão do tratamento da hipertensão arterial dos pacientes do PSF Cerejeiras.

3.2 Específicos

Aumentar adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da Hipertensão Arterial.

Realizar atividades educativas com a finalidade de melhorar o conhecimento da população sobre a doença hipertensiva e o autocuidado.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram seguidas as etapas:

- Diagnóstico situacional quando foram identificados os problemas de maior relevância no território.
- Seleção do problema prioritário, a partir de consenso com a equipe e também da importância que este problema vem afetando a comunidade.
- Revisão bibliográfica para levantar a produção científica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, em especial na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e também em documentos do Ministério da Saúde.

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores:

- Hipertensão.
- Adesão ao tratamento.
- Saúde da família

5 REVISÃO DE LITERATURA

Baseado nos objetivos do trabalho, os temas abordados na revisão literária foram os seguintes: Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão ao tratamento e Saúde da Família.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica, doença crônica de natureza multifatorial, é considerada atualmente um dos mais importantes problemas de saúde pública, devido ao grande impacto econômico e financeiro que acarreta no Sistema de Saúde, que reflete na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Segundo as informações do Ministério da Saúde, a HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A HAS pode ser dividida, segundo a etiologia, em primária ou secundária. A HAS primária corresponde acerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Quanto à HAS secundária, 2% a 10% dos casos, apresentam múltiplas e possíveis causas (KODA, 2011), tais como:

Causas Renais: rins policísticos, doença renal crônica, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina, etc.

Problemas Vasculares: coarctação de aorta, vasculites e doenças vasculares do colágeno.

Causas Endócrinas: causas exógenas como uso de esteroides, contraceptivos orais e anti-inflamatórios inibidores da COX 1 e 2.

Causas endógenas: hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, feocromocitoma e hiperplasia adrenal congênita.

Causas Neurogênicas: tumor cerebral, poliomielite bulbar e hipertensão intracraniana.

Drogas: álcool, cocaína, ciclosporina, tacrolimus, eritropoietina, anti-inflamatórios não hormonais, etc.

Outros: hiper ou hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipercalcemia, acromegalia, apneia do sono e hipertensão induzida pela gravidez.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acima de 30%. Considerando valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% nas mulheres, semelhante a outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (PARANÁ, 2014).

No Brasil, há aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, atingindo 35% da população de 40 anos e mais. Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes sejam portadoras da doença. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida a HAS é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Apresenta uma prevalência entre 15% e 20% na população adulta e 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância, considerando que, apenas um 50% tem diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% tem sua pressão adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento seja medicamentoso ou não medicamentoso (GIROTTI *et al.*, 2013).

Dados da Organização Mundial de Saúde (2013) demonstram que pressão arterial elevada (≥ 140 mmHg e/ou ≥ 90 mmHg) foi causa de 9,4 milhões de mortes.

Considerando a HAS como uma doença silenciosa, é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, ocorreram 2.969 óbitos que tiveram como causa as doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos, causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a serem as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, e entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a HAS. (GUEDES; *et al.*, 2011).

O diagnóstico HAS deve ser feito baseado na medida da pressão arterial. Na primeira avaliação, as medidas da Pressão Arterial (PA) devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Quando o paciente adulto chega à unidade de saúde, sempre deve ser aferida a pressão arterial, pelo médico ou qualquer outro profissional da saúde. Em cada

consulta deverão ser realizadas pelo menos três medidas e sugere-se o intervalo de um minuto entre elas, embora esse aspecto seja controverso. A média das duas últimas medidas deve ser considerada a PA real (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Para aferir a Pressão Arterial se recomendam vários procedimentos, segundo as VI Diretrizes Brasileiras HAS (2010), a saber:

Preparo do paciente

- Explicar o procedimento ao paciente informando-lhe que deve ficar em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento; certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores.
- Posicionamento do paciente: deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente

- Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço, colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial; estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica; palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva; inflar rapidamente até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação; proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo); determinar a pressão

sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraca, seguida de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso; informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente; anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida.

- Para ser aferida a PA, a posição recomendada é a sentada. As medidas nas posições ortostática e supina devem ser feitas pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, alcoólatras e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva. No nosso dia a dia um recurso importante é a utilização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), como ferramentas que ajudam na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco (HAB) e da hipertensão mascarada (HM)

Segundo Koda (2011), os limites da pressão arterial são considerados arbitrários e por isso apresentam algumas diferenças de classificação. Baseado na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão publicada em 2010, em indivíduos acima de 18 anos, a pressão arterial pode ser assim classificada (Tabela 1).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

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

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial /Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Segundo Brandão *et al.* (2010), os fatores de risco para HAS são:

Idade → existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Entre metalúrgicos do RJ e de SP a prevalência de HAS foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para essa condição.

Gênero e etnia → a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

Excesso de peso e obesidade→ o excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC)

acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.

Ingestão de sal → a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.

Ingestão de álcool → a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.

Sedentarismo → atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, com também reduz a mortalidade e o risco de DCV.

Fatores socioeconômicos → a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

Genética → a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS.

Outros fatores de risco cardiovascular → os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis responde pela grande maioria das mortes e por fração da carga de doenças devida às doenças e agravos não transmissíveis (DAT). Dentre esses fatores, encontram-se o tabagismo, a inatividade física e as dislipidemias (associadas principalmente ao

consumo excessivo de gorduras de origem animal). Estudos brasileiros de base populacional e em populações específicas mostram elevadas prevalências desses fatores isoladamente. O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 Capitais e Distrito Federal, 2002-2003 mostrou alta prevalência de tabagismo (12,9% a 25,2%), inatividade física (28,2% a 54,5%), consumo de leite integral (61% a 87,2%) e consumo de gordura aparente da carne (48% a 49,3%) nas diferentes faixas etárias e regiões do país. Entretanto, o conhecimento da prevalência de cada fator de risco isolado fornece uma visão parcial do problema, considerando que frequentemente ocorrem de maneira combinada, podendo explicar muitas variações em nível individual ou populacional de saúde cardiovascular (MUNIZ *et al.*, 2012).

Abordagem Profissional

A atenção básica tem papel central na rede de serviços no que diz respeito à implementação do cuidado à hipertensão arterial. Pois, as diretrizes clínicas para o cuidado à hipertensão recomendam que ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis sejam realizados. Estas estratégias evitam o surgimento da doença e também a detectam precocemente, com isto minimiza-se os danos, incapacidades, riscos e gastos. Segundo (BRONDANI, *et al.*, 2011).

A abordagem do tratamento da HAS precisa ser ampla o suficiente para que não se limite apenas ao indivíduo que procura atendimento durante uma crise hipertensiva. Uma equipe multiprofissional se mostra melhor eficiente no acompanhamento da HAS, permitindo a compreensão e também controle dos fatores emocionais e comportamentais que podem interferir no tratamento. Esta equipe evidencia no cuidado, a consciência individual de cada membro, vez que a produção de saúde demanda comprometimento individual (PIMENTEL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da HAS. Exige de um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível além do médico devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeira, nutricionista, psicólogo, assistente

social, educador físico, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Entre as ações comuns desta equipe destacam-se as seguintes:

- ✓ Promoção à saúde (ações educativas com ênfase nas mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- ✓ Treinamento dos profissionais; encaminhamento a outros profissionais quando indicado;
- ✓ Ações assistenciais, individuais e em grupo e gerenciamento do programa.

Abordagem Terapêutica

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV): perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc., e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS (BRASIL, 2006).

O tratamento da HAS tem como o principal objetivo reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (BRASIL, 2006).

Após o conhecimento dos valores e das associações é que deverão ser instituídas metas preconizadas o mais precocemente possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. Tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial (LOPES; MORAES, 2012).

As Modificações de estilo de vida, que o paciente deve fazer segundo Rocha (2013) são:

- ✓ Perda de peso se houver excesso ponderal para atingir um IMC saudável (20-25 kg/m²) e o perímetro abdominal <102 cm nos homens e <88 cm nas mulheres.
- ✓ Restrição do sal (cloreto de sódio 5-6 g/dia)
- ✓ Moderação do consumo de álcool (20-30 g/dia de etanol em homens e 10-20 g/dia em mulheres).
- ✓ Prática regular de atividade física (30-60 minutos, 5 a 7 dias por semana, adequada à saúde e tolerância)
- ✓ Dieta variada e equilibrada com aumento do consumo de frutas e vegetais (4-6 porções/dia) e de produtos lácteos com baixo teor de gordura (gorduras saturadas e colesterol).
- ✓ Cessação tabágica.

Tratamento medicamentoso

O tratamento para hipertensão arterial é indicado após avaliação médica. Os medicamentos anti-hipertensivos das seis classes são: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas do receptor AT 1 da angiotensina II. Quando não é controlada com monoterapia ou surgem reações adversas, pode ser necessário aumentar a dose do medicamento em uso ou substituí-lo por um de outra classe para controle dos níveis pressóricos, essa decisão fica a critério do médico (LESSA, 2010).

Segundo Koda (2011), a escolha terapêutica deve basear-se na estratificação do risco cardiovascular global de cada indivíduo, respeitando-se os efeitos colaterais de cada droga e seu benefício para cada tipo específico de paciente.

A instituição da terapêutica deve ser individual, de acordo com a classificação do risco de evento cardiovascular, e basear-se nos seguintes princípios: — a capacidade do fármaco em reduzir a morbimortalidade de causas cardiovasculares; — o mecanismo fisiopatogênico predominante da hipertensão; — a presença de

comorbidades; — as possíveis interações com outros fármacos, efeitos adversos e as contraindicações (GOMES, 2009).

O desenvolvimento avançado das pesquisas farmacêuticas fornecendo medicamentos de alta eficácia e segurança, não tem sido suficiente para controle adequado da hipertensão arterial e para redução das suas complicações, e um dos fatores que mais contribuem para esse sucesso é a não adesão à essa terapêutica (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006).

5.2. Adesão ao tratamento

Segundo a OMS, a adesão ao tratamento (também chamada de aderência por alguns autores) é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de doenças crônicas. Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente passa a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa; a família pode se dedicar a outras atividades e deixar de lado seu papel de cuidadora; o sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Segundo Gusmão e Mion Junior (2006), a adesão seria um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. A não adesão seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir fonte de frustração para os profissionais de saúde. Em uma abordagem mais específica relacionada à hipertensão arterial, definem adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais.

Piancastelli, Spirito e Flisch (2011) referem que a adesão ao tratamento pode ser definida como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença.

Para a OMS, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores denominados como “dimensões” (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006):

- 1) Fatores socioeconômicos
- 2) Fatores relacionados ao paciente
- 3) Fatores relacionados a doença
- 4) Fatores relacionados ao tratamento
- 5) Sistema e equipe de saúde.

Existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes, indivíduos que seguem totalmente o tratamento e, no lado oposto, estão os desistentes, que são aqueles que abandonam o tratamento. Há ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006).

Um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento. Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados. A adesão, segundo, corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente (GIROTTI *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento de HAS é fator primordial para o controle adequado da PA, entretanto, é difícil detectá-la e, sobretudo, quantificá-la. É importante considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, portador de hipertensão, profissional de saúde, sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a “adesão ao tratamento anti-hipertensivo” seja alcançada (DOSSE *et al.*, 2009).

No Brasil o impacto social da não adesão, da inadequação, ou do não tratamento da hipertensão arterial é bastante forte, uma vez que sua prevalência é muito elevada na faixa etária entre 30 e 60 anos de idade, o que leva aos os desfechos graves dela decorrentes surgirem em uma faixa etária mais jovem do que em outros países, (BORGES, 2011).

Fatores associados a não adesão ao tratamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as razões para a não adesão ao tratamento medicamentoso são multifatoriais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013), envolvendo planos terapêuticos complexos, dificuldade em entender as prescrições médicas, insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde, tratamento de doenças assintomáticas, aspectos socioeconômicos e crenças dos pacientes. Intervenções individualizadas, lembretes de uso do medicamento, informações sobre a farmacoterapia, auto monitoramento, aconselhamento, participação da família na farmacoterapia do paciente, participação do paciente na escolha da farmacoterapia, estabelecimento de metas de curto e em longo prazo, monitoramento contínuo (presencial ou por telefone), entre outras, se mostraram efetivas em aumentar a adesão à farmacoterapia e, conseqüentemente, promovem o alcance de resultados clínicos de qualidade (OBRELI- NETO; BALDONI, 2012).

Em pesquisas qualitativas, apontaram-se várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde, a saber: barreiras sócio culturais e barreiras institucionais. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Percebe-se que a participação da família é fundamental para estimular o autocuidado dos indivíduos, os seus cônjuges apresentam-se como um ponto crucial facilitador para a resposta ao tratamento e à sua continuidade (MIRLLA *et al.*, 2014).

Segundo Dosse *et al.* (2009), vários são os fatores que interferem na adesão ao tratamento (sexo, idade avançada, assiduidade às consultas, entre outros), dentre eles destaca-se o comportamento frente ao uso dos medicamentos. De acordo com

o protocolo do teste de Morisky-Green, considera-se aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de 4 pontos e não aderentes aqueles que obtêm 3 pontos ou menos.

O uso da medicação como um dos problemas de não adesão, estudos encontrados na literatura atual citam como uma das principais causas a dificuldade de conseguir a medicação, pelo fato de não poderem se locomover até à Unidade Básica de Saúde, considerando que a maioria são idosos (FELICIANO, 2013).

Segundo Mirlla *et al.* (2014) em outro estudo realizado com 353 hipertensos, evidenciou-se que os principais motivos que contribuem para que o paciente abandone o tratamento são: o alto custo dos medicamentos, a necessidade de tomá-lo várias vezes ao dia, a ocorrência de efeitos indesejáveis, o desconhecimento das complicações, a ausência de sintomatologia e o esquecimento. Soma-se a esses fatores o fato de que, quando o processo de conscientização é negligenciado, pode acontecer uso incorreto do medicamento e levar o paciente a não seguir as prescrições médicas de maneira satisfatória.

Dias *et al.* (2015), considera que os principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão na falta de poder aquisitivo para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto dos idosos hipertensos. Os depoentes têm comportamentos de risco, pois procuram a ESF somente quando tem alguma necessidade, esquecem-se do horário de tomar o medicamento ou deixam de usar para fazer uso de bebidas alcoólicas, no entanto, reconhecem a importância do tratamento medicamentoso para manter os níveis pressóricos dentro dos limiares recomendados. Detectou-se que a poli medicalização na terceira idade como um fator interveniente na adesão ao tratamento medicamentoso.

5.3 Saúde da família

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativas inovadoras. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (FIGUEIREDO, 2011).

Segundo Souza (2000), a estratégia do Programa Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada.

Para o Ministério da Saúde, uma Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser incorporados a esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal. E define as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. Além das

atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A atenção básica tem papel central na rede de serviços no que diz respeito à implementação do cuidado à hipertensão arterial. Pois, as diretrizes clínicas para o cuidado à hipertensão recomendam que ações de prevenção e de promoção de estilos de vida mais saudáveis sejam realizados. Estas estratégias evitam o surgimento da doença e também a detectam precocemente, com isto minimiza-se os danos (BRONDANI *et al.*, 2011).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes: Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo); Treinamento de profissionais; Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; Ações assistenciais individuais e em grupo; Gerenciamento do programa (BRASIL, 2006).

Giroto *et al.* (2013), planteia que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento das medidas farmacológicas não podem se restringir às consultas médicas. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas de promoção à saúde e no atendimento aos portadores de hipertensão arterial. As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade. Portanto, o planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento. Pesquisas verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram maior redução dos níveis tensionais. Assim, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamento e não medicamentoso. Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais. As visitas frequentes também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos pacientes, com possível redução da ansiedade e do estresse (DOSSE *et al.*, 2009).

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil e a tentativa de construção de propostas de intervenção precisa embasar-se em ações educativas com uma ferramenta que mostra eficácia na adesão ao tratamento (CHAVES *et al.*, 2006).

Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a Educação em Saúde. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos, e a realização de Grupos Educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva, por se tratar de uma forma de interação entre profissionais e usuários, fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles, trocar experiências e propor mudanças de hábitos (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Segundo Almeida *et al.* (2012), cabe ao serviço de saúde fazer a sua parte, realizando ações como, por exemplo, reduzir o tempo de espera para as consultas, oferecendo atividades que possam preencher este tempo, como palestras, recreações, informativos, entre outros. Esse serviço também poderia otimizar o

tempo despendido para as consultas, pois sua duração influencia o comportamento do paciente, e realizar uma consulta em que o usuário possa manifestar seus anseios e até ser encorajado e valorizado pelo profissional, com linguagem clara, objetiva e de fácil assimilação, aproximando-se da realidade do usuário. Sempre que possível, deverá fazer orientações escritas e até desenhos explicativos para as drogas prescritas, com controle das dosagens e horários de tomada no caso de o usuário não ser alfabetizado, e garantir acesso a todos os medicamentos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Seleção dos “nós críticos”

Na nossa unidade de saúde, após refletir sobre os principais fatores chegamos à conclusão que dentre os “nós críticos” que influenciam diretamente na não adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento, encontram-se os relacionados com o paciente, os relacionados com os serviços de saúde e os relacionados com o processo de trabalho da equipe.

Fatores relacionados com os pacientes:

- a) Resistência a mudar hábitos e estilos de vida.
- b) Baixo nível de informação.

Fatores relacionados com os serviços de saúde.

- a) Inadequada infraestrutura da unidade
- b) Nossa unidade não conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o que dificulta a multidisciplinariedade
- c) Disponibilidade reduzida de medicamentos
- d) Déficit de especialistas de Atenção Secundária no Município que limita os encaminhamentos e a resolutividade.
- e) Deficiente disposição de exames laboratoriais no município, que dificulta o seguimento dos pacientes.

Fatores relacionados ao processo de trabalho da equipe

- a) Deficientes ações para estimular os pacientes a participarem em conjunto com a equipe nas atividades de saúde coletiva.

1- Desenho das operações.

A partir dos “nós críticos” identificados, nossa equipe de saúde propôs as operações/projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários a sua execução. No quadro

1 apresentado a seguir possibilita uma ótima visualização mais geral do problema o seu monitoramento.

Quadro 1 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema: **Baixa** adesão ao tratamento dos pacientes com HAS

“Nó crítico”	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários.
Hábitos e estilos de vida.	Mais Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir o número de paciente com hábitos higiênicos dietéticos inadequados, por importância de uma dieta estrita, prevenir sedentarismo. Incorporar maior número de pacientes a atividades físicas. Diminuir número de pacientes com tabagismo e adições a álcool e drogas.	Campanha educativa de alimentação saudável. Controle de sobrepeso e obesidade. Aumentar incorporação dos pacientes a atividades físicas. Integrar mais pacientes ao grupo de tabagismo. Com cooperação Inter setorial, estimular incorporação de pacientes com alcoolismo a alcoólicos anônimos dependentes de drogas a desintoxicação.	Organizacional: para organizar os grupos. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: mobilização social e articulação Inter setorial com a rede de ensino. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação.	Saber Mais. Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, consequências e agravos da doença sem adesão ao tratamento. Fatores de risco de dita doença e como evita lá, para diminuir incidência na população.	Melhorar adesão ao tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial para prevenir agravos e melhorar qualidade de vida. Diminuir incidência de Hipertensão Arterial em nossa população	Avaliação do nível de informação da população. Campanha educativa na rádio local. Fazer pesquisa de Hipertensão Arterial a pacientes com fatores de risco, duas medições de pressão com diferencia de 6 horas. Fazer atividades grupais com pacientes hipertensos conseguindo incorporação do maior número possível. Capacitação dos ACS.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde.	Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com Hipertensão Arterial Sistêmica para conseguir	Garantia de medicamentos e exames para o 100 % dos pacientes. Garantia de avaliação na atenção primaria para o 100	Capacitação de pessoal. Contratação de compra de exames e consultas Especializadas. Compra de medicamentos.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e

	acompanhamento adequado destes pacientes.	% dos pacientes. Garantia de avaliação por especialistas da atenção secundária se precisarem. Integralidade e multidisciplinaridade para conseguir sucesso no acompanhamento.		medicamentos. Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da equipe de saúde.	Linha de Cuidado. Cumprir com acompanhamento destes pacientes segundo o protocolo de atendimento três vezes por ano. Elevar o nível de conhecimento e responsabilidade dos pacientes com sua saúde. Atualizar os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 100% dos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial.	Consulta de acompanhamento com avaliação integral. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.	Cognitivo: elaboração de projeto das consultas de acompanhamento. Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrarreferência).

6.2 Identificação dos recursos críticos

No quadro 2 apresenta-se um resumo dos Recursos críticos identificados de cada operação e resumidos para o melhor compreensão.

Quadro 2 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema: Baixa Adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Operação/Projeto	Recursos Críticos.
Mais Saúde.	<p>Político: Melhorar infraestrutura da Unidade de saúde. Aumentar a disponibilidade de recursos e medicamentos nas unidades. Garantir a realização de exames laboratoriais. Contratar mais especialistas no município para garantir o funcionamento do NASF nas unidades e a avaliação dos pacientes pelos especialistas, para um melhor seguimento. Conseguir o espaço na rádio local, nas escolas e igrejas para implementar programas educativos.</p> <p>Financeiro: para melhorar infraestrutura, equipamentos, medicamentos, recursos humanos, aquisição de recursos audiovisuais, material educativo, folhetos.</p>
Saber Mais.	<p>Organizacional: mobilização social em torno das questões de risco da Hipertensão Arterial.</p> <p>Político: articulação Inter setorial e aprovação dos projetos.</p> <p>Financeiro: financiamento do projeto.</p>
Cuidar Melhor.	<p>Político: articulação Inter setorial.</p>
Linha de Cuidado.	<p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</p>

6.3 Análise de viabilidade do plano

Nossa equipe de saúde identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizado no Quadro 3.

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

Operações / Projetos.	Recursos críticos.	Controle dos recursos críticos.		Ação estratégica
		Ator que controla.	Motivação	
<p>Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Setor de comunicação social Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p>Saber Mais. Aumentar o nível de informação da população em geral sobre Hipertensão Arterial, com desenho e elaboração do material educativo para distribuir na comunidade.</p>	<p>Político: articulação com a Secretaria de Educação</p>	<p>Secretaria de Educação</p>	<p>Favorável</p>	
<p>Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial</p>	<p>Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).</p>	<p>Prefeito Municipal. Secretário de Saúde. Secretário Municipal de Saúde. Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável Favorável Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p>
<p>Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado e acompanhamento.</p>	<p>Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	

6.4 Elaboração do plano operativo.

Nossa Equipe de Saúde em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 – Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.</p>	<p>Aumentar adesão a um regime dietético adequado. Diminuir incidência e prevalência de Obesidade. Diminuir número de pacientes com sedentarismo. Reduzir número de pacientes com tabagismo Aumentar número de pacientes alcoólatras e usuários de droga interessados em abandonar esses hábitos.</p>	<p>Material educativo acessível a todos os adultos da área de abrangência. Campanha educativa de alimentação saudável. Controle de sobrepeso e obesidade. Incorporar maior número de pacientes a atividades físicas. Conseguir participação mais ativa no grupo de tabagismo. Valorar em conjunto com saúde mental. Incluir estes pacientes em terapia de reabilitação.</p>		<p>Equipe de saúde PSF Cerejeiras. Psicóloga e Psiquiatra da nossa área.</p>	<p>3 meses para o início das atividades.</p>
<p>Saber Mais Aumentar o nível de informação da população em geral sobre os fatores de risco de sofrer Hipertensão e as consequências</p>	<p>Diminuir incidência de Hipertensão Arterial. Aumentar adesão ao tratamento dos pacientes Aumentar o conhecimento dos pacientes hipertensos dos agravos e consequências de não aderir ao tratamento</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial Sistêmica Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos ACS.</p>		<p>Equipe de saúde no PSF Cerejeiras. Médica Enfermeira ACS.</p>	<p>Início imediato e término em 3 meses. Início em 3 meses e término em 12 meses. Início em 6 meses,</p>

depois do diagnóstico da pouca adesão ao tratamento					avaliações a cada semestre. Início em 1 mês e término em 2 meses.
Cuidar Melhor	Garantia de medicamentos e exames para o 100 % dos pacientes com Hipertensão Arterial na nossa área de abrangência. .Garantia de avaliação para o 100 % dos pacientes com Hipertensão Arterial	Capacitação de pessoal. Contratação de compra de exames e consultas Especializadas. Compra de medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Medica Enfermeira Coordenador de ABS.	Início em 1 mês e finalização em 3 meses. 4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos. 4 meses para compra dos equipamentos.
Linha de Cuidado	Cobertura de 100 % dos pacientes com Hipertensão Arterial	Consulta de acompanhamento três vezes por ano. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.		Medica Enfermeira Coordenador de ABS.	Início em 1 mês e finalização em 12 meses.

6.5 Gestão de plano

No processo de planejamento é muito importante a Gestão de plano, pois não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É crucial para o êxito de o projeto, desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão.

O Quadros a seguir mostra como pode ser a situação do plano de ação da equipe de saúde de no PSF Cerejeiras seis meses após o início do projeto.

Quadro 5 - Planilha para acompanhamento de projetos

Operação Mais Saúde.					
Coordenação: Medica da equipe. Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Elaboração de um material educativo acessível para população adulta, sobre HAS, conceito, fatores de risco, tratamento e importância da adesão na prevenção de complicações.	Equipe de saúde do PSF Cerejeiras	3 meses	Programa implantado e implementado.		
Campanha educativa de alimentação saudável	Equipe de saúde do PSF Cerejeiras	3 meses.	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		
Controle de sobrepeso e obesidade	Equipe de saúde do PSF Cerejeiras	3 meses.	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		

Quadro 6 - Planilha para acompanhamento de projeto.

Operação Mais Saúde.					
Coordenação: Médica. Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre os fatores de risco.	Equipe de saúde do PSF, Médica, ACS.	3 meses.	Programa implantado e implementado.		
Campanha educativa na rádio local.	Enfermeira	3 meses.	Parceiros identificados e sensibilizados.	Formato, duração e conteúdos dos programas definidos. Falta definição de horário pela emissora local.	1 mês.
Capacitação dos ACS.	Médica	1 mês.	Programa implantado e implementado.		

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Capacitação de pessoal.	Medica Enfermeira	1 mês	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.	
Contratação de compra de exames e consultas Especializadas.	Coordenador de ABS.	4 meses	Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde.	
Compra de medicamentos.	Coordenador de ABS.	4 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada. Edital elaborado.	

Quadro 8 - Planilha para acompanhamento de projetos

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Consulta de acompanhamento três vezes por ano. Implantado	Medica Enfermeira	3 meses	Programa implantado e implementado.	
Protocolos implantados.	Medica Enfermeira Coordenador de ABS.	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.	
Recursos humanos capacitados.	Medica Enfermeira	1 mês	Programa implantado e implementado.	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica no mundo e especificamente no Brasil continua sendo um grave problema de saúde. Têm sido muitos os autores que até hoje acharam esse como um problema significativo e têm feitos vários trabalhos abordando o tema.

As complicações da Hipertensão são muito sérias, se a doença não for prevenida, diagnosticada precocemente, tratada e acompanhada adequadamente. São vários os fatores que predis põem dita doença e ela também é considerada como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, acidentes cerebrovasculares e doença renal crônica.

Os transtornos circulatórios, em primeiro lugar as doenças cardiovasculares, constituem as primeiras causas de morbimortalidade no Brasil. Predomina em adultos e idosos, mas na atualidade já atinge crianças e adolescentes. É a causa mais frequente de procura dos pacientes nas unidades básicas de saúde.

Existem fatores de risco modificáveis que uma vez controlados, vão prevenir a doença, esses fatores são os que predominam. No tratamento da HAS, devemos considerar o tratamento não medicamentoso, que consiste na mudança do estilo de vida que inclui uma alimentação saudável, assim como o tratamento medicamentoso, que vai depender da especificidade de cada paciente.

Continua sendo um problema o controle dos níveis pressóricos de muitos hipertensos e a principal causa já conhecida é a falta de adesão ao tratamento, ficou claro que vários fatores, relacionados com o paciente, socioeconômicos, a doença, o tratamento e ao próprio sistema de saúde favorecem a manutenção da situação do hipertenso. Na nossa Equipe de Saúde Cerejeiras, porém surgiu esta proposta de intervenção com potencial para aumentar a adesão ao tratamento e assim solucionar um problema que está afetando seriamente, o controle da HAS, doença crônica não transmissível que predomina na população adulta.

Sendo de suma importância que os atendimentos desses pacientes na ESF priorize a realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe apoio e confiança. Desta forma, esses pacientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver as práticas de autocuidado, visando prevenir complicações garantindo uma melhoria na qualidade de vida.

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

A elaboração do plano de intervenção na ESF Cerejeiras foi de suma importância para poder traçar metas e ações a serem executadas por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter seus níveis pressóricos dentro da normalidade seguindo os preceitos do Ministério da Saúde. Enfim sabemos que essa proposta de intervenção não resolverá todos os problemas, mas pode ser uma metodologia a ser adotada para lidar com os problemas já observados e para os próximos que forem surgindo.

REFERENCIAS

ALMEIDA, A. *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Cienc Cuid Saúde**. V. 3, n. 3, p. 581-587, 2012. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Ribeirão das Neves, 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ribeirao-das-neves_mg#idh.

BORGES, M. E. S. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Primária a partir da percepção dos pacientes Renais Crônicos, 2011. Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/4258566/marta%20elini%20dos%20santos%20borges.pdf>.

BRANDÃO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 32, supl 1, p. 51-54, 2010. Disponível em: http://www.jbn.org.br/detalhe_suplemento.asp?id=1240.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica n. 15). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 2488** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS). DOU de 22 de out.de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 35). 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf.

BRONDANI, E. *et al.* Hipertensão Arterial: Abordagem interdisciplinar na atenção básica, uma revisão bibliográfica, 2011. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5038.pdf>.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010.

CHAVES, E. S. *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 543-47, agosto, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019620013>.

DIAS, E. G. *et al.* Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 39-49, 2015. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/720/pdf_23.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 201- 6, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf.

FELICIANO, S. C. H. D. C. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. 2012. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/fatores-associados-a-nao-adesao-ao-tratamento-da-hipertensao-arterial-sistemica/103261/>.

FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. UNASUS. UNIFESP. 2011 (Módulo do Gestor). Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.6, p. 1763 -1772, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>.

GOMES, M. M. Protocolo de tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito Tipo 2 na atenção básica, p. 40, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudeadulto/PROTRAHI.pdf>.

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 6, p.1038-42, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a08.pdf>.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n.1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. 2015. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315460>.

JARDIM, P. C. B. V. *et. al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**. v. 88, n, 4, p. 452-457, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015.

KODA, A. Y. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Bras Medicina**. v. 69, n. 4, p. 78-86, 2011. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.8, p. 1470 – 1471, 2010 (Editorial). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/01.pdf>.

LOPES, L. O.; MORAES, E. D. Tratamento não medicamentoso para Hipertensão Arterial, 2012. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arg-idvol_10_1339682941.pdf

MIRLLA, L. *et al.* Fatores associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São Paulo, v.20, n.35, p. 56-68, 2014. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/182/197>.

MUNIZ, L. C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/busca.tpl.php>.

OBRELI- NETO, P. R.; BALDONI, A. O. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia (RBF)**. v. 93, n. 4, p. 403-410, 2012. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>.

OLIVEIRA, E. A. F. *et al.* O significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS** vol. 14, n. 3, p. 319-326, 2011. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1191/510>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia de Hipertensão Arterial, CURITIBA, 2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Rev1_LINHAGUIAhipertensao.pdf

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3999.pdf>.

PIMENTEL, C. Consciência e Humanização no atendimento ao hipertenso, 2015. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/consci%C3%Aancia-e-humaniza%C3%A7%C3%A3o-atendimento-ao-hipertenso-ciro-pimentel?trk=prof-post&trkSplashRedir=true&forceNoSplash=true>.

PREFEITURA DE RIBEIRÃO DAS NEVES. Disponível em: <https://ribeiraodasneves.mg.gov.br/prefeitura/index.php/institucional>.

ROCHA, E. Abordagem terapêutica da hipertensão arterial com enfoque em condições clínicas especiais. **Sociedade Portuguesa de Cardiologia.**, 2013. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/484.pdf>.

SECRETARIA DE SAÚDE RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015. Disponível em: <https://ribeiraodasneves.mg.gov.br/prefeitura/index.php/secretarias/saude>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95 (1 supl. 1): p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>.

SOUZA, M. F. Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev Bras Enferm.** v. 53, n. especial: 25-30, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.