

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LIVIA DE PAULA SILVA ACAR**

**ADESÃO TERAPEUTICA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPE VERDE DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO  
PEDRO GUERRA NO MUNICÍPIO DE CORONEL FABRICIANO-  
MINAS GERAIS**

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2019**

**LIVIA DE PAULA SILVA ACAR**

**ADESÃO TERAPEUTICA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPE VERDE DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO  
PEDRO GUERRA NO MUNICÍPIO DE CORONEL FABRICIANO-  
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização Gestão do Cuidado Família, Universidade  
Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de  
Especialista

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**IPATINGA - MINAS GERAIS**

**2019**

**LIVIA DE PAULA SILVA ACAR**

**ADESÃO TERAPEUTICA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPE VERDE DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO  
PEDRO GUERRA NO MUNICÍPIO DE CORONEL FABRICIANO-  
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em: 31/01/2019

## RESUMO

O presente trabalho relata a trajetória da autora na atuação no Programa de Saúde da Família do Município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. Através da observação ativa e coleta de dados realizou-se o diagnóstico situacional da saúde dos usuários atendidos pela equipe do Programa de Saúde da Família notando uma significativa prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Aprofundando a investigação notou-se baixa adesão às medidas não farmacológicas e farmacológicas, associado a fatores como: analfabetismo, esquecimento de tomar o remédio, falta de conhecimento sobre a doença e o não seguimento da dieta. Assim, o objetivo deste trabalho foi o de elaborar um plano de intervenção com vistas à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes assistidos pela Equipe Verde da Estratégia Saúde da Família da Unidade de Saúde de São Pedro Guerra, Coronel Fabriciano, Minas Gerais. O plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO com os descritores: estratégia saúde da família, hipertensão e doenças cardiovasculares bem como os Cadernos do Ministério da Saúde que tratam do tema Hipertensão e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Com isso espera-se conscientização dos pacientes quanto aos riscos de não seguirem as orientações indicadas, assim como diminuir os riscos do surgimento de complicações.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Doenças Cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

This paper reports the author's trajectory in the Family Health Program of the Municipality of Coronel Fabriciano, Minas Gerais. Through active observation and data collection, a situational diagnosis of the health of the users served by the Family Health Program team was carried out, noting a significant prevalence of systemic arterial hypertension. Further research was noted low adherence to non-pharmacological and pharmacological measures, associated with factors such as: illiteracy, forgetting to take the medication, lack of knowledge about the disease and non-follow-up diet. Thus, the objective of this work was to elaborate an intervention plan with a view to adherence to the treatment of systemic arterial hypertension of patients assisted by the Green Team of the Family Health Strategy of the São Pedro Guerra Health Unit, Coronel Fabriciano, Minas Gerais. The plan was based on the Situational Strategic Planning and bibliographical research carried out in the Virtual Health Library, in the SciELO database with the descriptors: family health strategy, hypertension and cardiovascular diseases, as well as the Ministry of Health notebooks dealing with the topic Hypertension and the Brazilian Society of Cardiology. With this, it is expected that patients will be aware of the risks of not following the indicated guidelines, as well as reducing the risks of complications.

Keywords: Family Health Strategy. Hypertension. Cardiovascular diseases

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade do município de Coronel Fabriciano- MG, no ano de 2010.....	8
Figura 2 – As cinco dimensões da adesão.....	20
Quadro 1 - Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à Equipe Verde de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde São Pedro, Minas Gerais.....	12
Quadro 2 - Desenho das operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.....	25
Quadro 3 - Desenho das operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.....	26
Quadro 4 - Desenho das operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano” .....	27
Quadro 5 - Desenho das operações para o “nó crítico” 4 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.....	28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 Aspectos gerais do município.....	8
1.2 Aspectos da comunidade.....	9
1.3 O sistema municipal de saúde.....	9
1.4A Unidade Básica de Saúde São Pedro.....	10
1.5 A Equipe Verde de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde São Pedro.....	10
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	11
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
3.1 Objetivo geral .....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	17
5.2 Diagnóstico.....	17
5.3 Principais fatores de risco.....	18
5.4 Tratamento.....	19
5.5 Educação na prevenção hipertensão arterial sistêmica.....	19
5.6 Desafios para o controle da hipertensão arterial sistêmica.....	20
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) .....	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo) .....	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....	24

6.5 Desenho das operações (sexto passo) .....	24
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	30



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

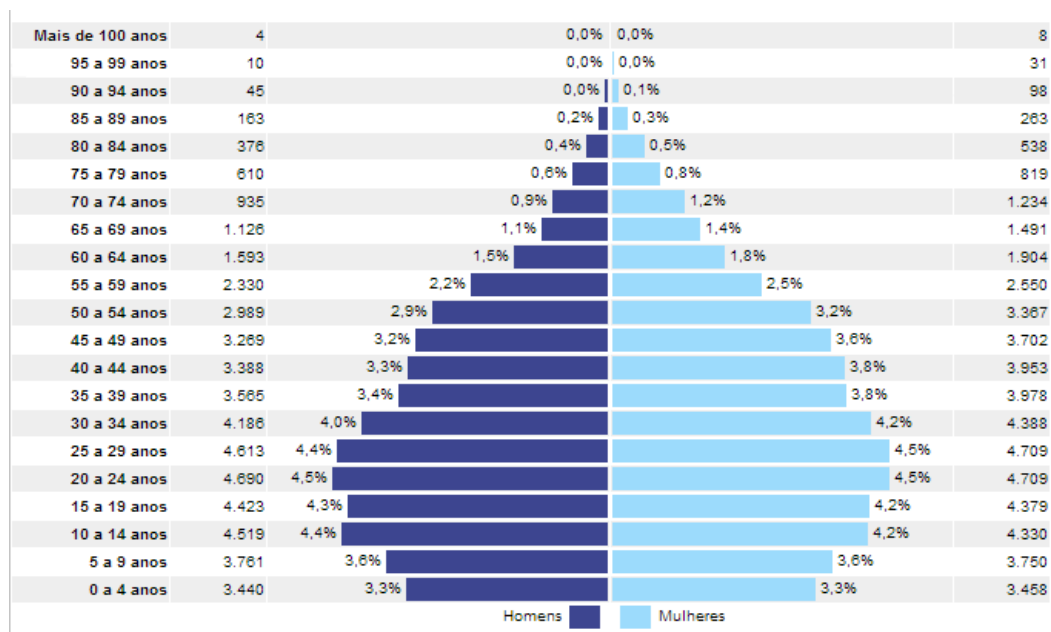
O município de Coronel Fabriciano é o centro geográfico da Região Metropolitana do Vale do Aço, localizada no Leste de Minas Gerais, distante 14,3 Km de Ipatinga-Minas Gerais e 201Km da capital Belo Horizonte e seus habitantes se chamam fabricianenses (IBGE, 2010).

No censo de 2010, Coronel Fabriciano tinha uma população de 103.694 pessoas e para 2018 de 109.405 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Dentre seus aspectos geográficos, a cidade possui uma área total de 221.252 Km<sup>2</sup>, uma concentração habitacional de 468,67 habitantes/Km<sup>2</sup>, sendo que, 13,154 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. Possui 29.990 famílias, sendo 29.635 urbanas e 354 rurais e um nº aproximado de 31.635 domicílios, sendo 31.262 urbanos e 373 rurais (IBGE, 2010).

Na figura 1 é possível visualizar a distribuição populacional por faixa etária.

**Figura 3-** Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade do município de Coronel Fabriciano- MG, no ano de 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

A respeito dos aspectos socioeconômicos, o município apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) correspondente a 0,789, taxa de urbanização de 97,4% e uma renda média *per capita* de 739,70 reais (IBGE, 2010). Fornece água tratada a 79,7% da população e apresenta taxa de recolhimento de esgoto por rede pública de 80,7% (CORONEL FABRICIANO, 2017).

## 1.2 Aspectos da comunidade

A Unidade de Saúde São Pedro Guerra está localizada no bairro Santa Cruz em Coronel Fabriciano. Possuía uma população de 5.367 habitantes, sendo 2.694 mulheres e 2.673 homens, em uma área de 0,6 Km<sup>2</sup> com um total de 1.708 domicílios no ano de 2010 (IBGE, 2010). Trata-se de um bairro com um grande processo de desenvolvimento, possuindo supermercados, posto de gasolina e autoescola.

O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa). Entretanto, Coronel Fabriciano não conta com estação de tratamento de águas residuais e o esgoto coletado é liberado diretamente para os cursos hidrográficos que banham o perímetro urbano (CORONEL FABRICIANO, 2017).

O serviço de abastecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig). Cerca de 98,4% do município é atendido pelo serviço de coleta de lixo, sendo que os resíduos coletados são encaminhados à Central de Resíduos do Vale do Aço (CRVA), localizada em Santana do Paraíso.

## 1.3 O sistema municipal de saúde

Sobre a da saúde no município a população com cobertura de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 20,5%, correspondendo a um número absoluto de 21.505 habitantes (SIAB, 2010). O município aplica na área da saúde 22,9% dos seus recursos próprios. A taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 11,24 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,5 para cada 1.000 habitantes (SIOPS, 2010).

Atualmente o município possui 15 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo três equipes pactuadas com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma unidade do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), não havendo unidades de Saúde Bucal. Possui sistema de Referência e Contrarreferência das Redes de Média e Alta Complexidade, porém, devido à falta de informatização acaba funcionando precariamente.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde São Pedro

A Unidade de Saúde São Pedro Guerra presta atendimento a 30% da população total do município possuindo cinco médicos, sendo quatro médicos do Programa Mais Médicos (um por equipe, totalizando cinco equipes de ESF) e um clínico de apoio, além de outros 81 funcionários diversos, incluindo duas supervisoras, cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, um psicólogo, três auxiliares de administração e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe.

A Unidade, atualmente, é composta de um consultório médico e uma sala de triagem para cada equipe, uma sala de atendimento psicológico, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de reunião, uma farmácia e uma sala de encontro dos ACS. A unidade está equipada de materiais e alguns equipamentos e conta com os recursos para o trabalho da equipe. Possui mesa ginecológica, glicosímetro, materiais para curativos, não possui instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e nebulizador, sendo o paciente encaminhado para outra unidade de saúde de referência quando se faz necessário estas propedêuticas, gerando defasagem no atendimento ao paciente e comprometendo o seu acompanhamento.

#### 1.5 A Equipe Verde de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde São Pedro

A Equipe Verde da unidade assiste uma população de 3.775 habitantes e um total de 1.113 famílias, as quais atualmente são visitadas por 10 ACS (duas áreas estão descobertas).

A Equipe Médica é composta por um médico clínico geral e na necessidade de outro médico especializado, os pacientes são encaminhados para outra unidade

do centro. Os atendimentos são iniciados às 7 horas e finalizados às 16 horas, sendo separados dias específicos para o programa Hiperdia com o intuito de avaliação da situação de saúde do paciente e renovação de receitas. Os outros dias são de livre demanda com agendamento prévio. No atendimento de livre demanda é realizado qualquer tipo de atendimento de saúde primária, inclusive atendimentos pediátricos e ginecológicos não complexos.

Após observação ativa e coleta de dados a partir dos prontuários dos pacientes, e no contato com os ACS, notou-se uma prevalência significativa de pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Os mesmos são atendidos pelo programa Hiperdia, formado por pacientes hipertensos e diabéticos, que realizam encontros pré-agendados, no qual são organizadas palestras para orientar a população sobre a hipertensão e a diabetes; além de consultas para avaliação da situação de saúde do paciente e renovação de receitas.

#### 1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O diagnóstico situacional, segundo Faria, Campos e Santos (2017), feito na nossa área de abrangência bem como a observação ativa e no contato com os ACS, mostrou uma prevalência significativa de pacientes com o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

No levantamento realizado foi possível notar a falta de adesão por parte dos pacientes ao tratamento proposto, principalmente para a hipertensão arterial. Tal fato gera grande preocupação aos profissionais que assistem essa população, uma vez que o não controle dos níveis pressóricos leva a complicações clínicas graves como infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE).

Também foram listados outros problemas de saúde como hábitos de vida inadequados, sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Com o mesmo grau de importância e urgência selecionamos também a saúde mental que da mesma forma como a HAS a capacidade de enfrentamento depende de incentivo e envolvimento de outras esferas administrativas da cidade, sendo classificada como capacidade de enfrentamento parcial. Por último e não menos importante identificamos problemas de Esquistossomose, cuja região é endêmica, sendo identificados muitos casos crônicos e agudos da doença; de tuberculose, que

apesar de ter somente um caso identificado, é uma doença que requer atenção pela particularidade de controle de disseminação e dificuldade de tratamento e ainda o analfabetismo, onde a faixa etária mais prevalente é a idosa, gerando consequências na adesão e controle das doenças desse grupo

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Para avaliação da equipe de saúde sobre os principais problemas que atingem a nossa comunidade, utilizamos o método de estimativa rápida como estratégia para esse levantamento. Foram observados os principais problemas que demandam atenção e intervenção.

A equipe Verde de Saúde considerou como problema prioritário a ser investido no momento o que diz respeito aos pacientes com hipertensão arterial. Os mesmos são atendidos pelo programa Hiperdia, formado tanto por pacientes hipertensos e diabéticos, que realizam encontros pré-agendados, no qual são organizadas palestras para orientar a população sobre a hipertensão e a diabetes; além de consultas para avaliação da situação de saúde do paciente e renovação de receitas.

No levantamento realizado foi possível notar a falta de adesão por parte dos pacientes ao tratamento proposto. Os mesmos não adotavam medidas de mudança de estilo de vida, apesar das orientações, fazendo uso do medicamento de forma errada e não acompanham adequadamente a evolução clínica da doença.

No Quadro 1, a seguir, encontra-se a classificação de prioridade de problemas apontadas pela unidade.

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe Verde de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde São Pedro, Minas Gerais.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção****</b>
<b>Hipertensão</b>	Alta	8	Parcial	1
<b>Diabetes</b>	Alta	7	Parcial	2
<b>Saúde Mental</b>	Alta	7	Parcial	3
<b>Esquistossomose</b>	Alta	6	Parcial	4

<b>Tuberculose</b>	Alta	6	Parcial	5
<b>Analfabetismo</b>	Alta	6	FORA	6

**Fonte:** Própria autora, 2018.

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens



## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que causa impacto significativo na vida das pessoas devido suas complicações clínicas, como Infarto Agudo do Miocárdio, doença coronariana, Insuficiência Renal e Doença Cérebro Vascular, além de transformações na esfera social, econômica e familiar, principalmente, pelo surgimento de agravos à saúde. Oferecer uma terapêutica adequada e bem orientada é de suma importância para diminuir os riscos de complicações e comorbidades. Também é de fundamental a educação do paciente para que ele possa, de forma consciente, modificar o estilo de vida e aderir ao tratamento proposto.

Assim, percebe-se a importância de se desenvolver ações que busquem aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito. Para tanto, é necessário o aprofundamento do conhecimento dos aspectos envolvidos na aderência terapêutica da hipertensão e quais os fatores que favorecem e dificultam essa adesão. Ressalta-se que as intervenções em nível primário são de fundamental importância para minimizar danos à saúde do indivíduo.

Espera-se com o desenvolvimento deste projeto melhorar a qualidade de vida dos pacientes, além de servir como uma fonte de pesquisa e conhecimento para outros profissionais da saúde como forma de auxílio para futuras intervenções.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de intervenção com vistas à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes assistidos pela Equipe Verde da ESF da Unidade de Saúde de São Pedro Guerra, Coronel Fabriciano, Minas Gerais

#### **3.2 Objetivos específicos**

Efetuar levantamento bibliográfico na literatura nacional sobre a adesão dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial.

Identificar as principais causas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Conhecer estratégias que aumentem a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

#### 4 METODOLOGIA

Para a realização do plano de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos, Faria e Santos, (2017). Primeiramente, fez-se o diagnóstico na área de abrangência da Equipe Verde, Unidade de Saúde de São Pedro Guerra e priorização do problema hipertensão arterial sistêmica e suas complicações.

Posteriormente, foi realizada a revisão de literatura utilizando as bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Hipertensão e Doenças Cardiovasculares. Foram ainda pesquisados os Cadernos do Ministério da Saúde que tratam do tema Hipertensão e da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Após a revisão de literatura, realizada principalmente nas línguas português, inglês e em espanhol, publicadas após 2001, foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de elaborar um plano de ação com intervenções propostas por (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017) para os pacientes hipertensos, traçando metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

Tantos os enfermeiros como os médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem realizar estratégias de intervenção com base em medidas preventivas e promotoras de saúde que incluam acesso à informação e esclarecimento sobre a hipertensão e seus riscos além de estímulos a adoção de hábitos de vida saudáveis.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e aumentando do risco de eventos cardiovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Brasil atinge mais de 32% (cerca de 36 milhões) de indivíduos com hipertensão e contribui de forma direta ou indireta para 50% das mortes por doença cardiovascular (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). É considerada um dos principais fatores de risco que podem ser modificados e o principal problema de saúde pública (SILVA *et al.*, 2013).

Nota-se nos últimos anos o aumento do número de casos de hipertensão e da prevalência na população mundial, inclusive no Brasil. A estimativa é que mais de 30% da população brasileira sofra com a hipertensão arterial, aumentando as chances de desenvolvimento de coronariopatias e acidente vascular encefálico (AVE). No contexto da saúde atual, as doenças do aparelho cardiovascular constituem a principal causa de óbitos no Brasil, e assim, além de ser caracterizada como uma doença, a HAS é um importante fator de risco para doenças de alta mortalidade, principalmente entre a população idosa (FREITAS; NIELSEN; PORTO, 2015).

### 5.2 Diagnóstico

No Brasil o diagnóstico é realizado embasado na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. Considera-se hipertenso o paciente com baixo risco cardiovascular que apresente medidas de pressão arterial (PA) sistólica acima de 140 e diastólica acima de 90, em duas diferentes consultas. Pacientes que apresentem um alto risco cardiovascular ou que apresentem PA > 140x90 ou que a PA seja superior a 180x110 na primeira medida (independente da estratificação do risco cardiovascular) já concluem o diagnóstico no primeiro atendimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No fim de 2017, a *American College of Cardiology (ACC)* juntamente com a *American Heart Association (AHA)* divulgaram um *guideline* que adotou novos valores de referência para o diagnóstico da HAS. Segundo a publicação, indivíduos que apresentam a PA acima de 130X80 já são classificados como hipertensos. Esta nova classificação altera a incidência da HAS, que pode chegar a 46% na população mundial. A nova classificação, que ainda não foi adotada na maioria das diretrizes, tem como objetivo instituir medidas terapêuticas, farmacológicas ou não, de forma precoce e evitar assim as lesões em órgãos alvos destes pacientes, que por muitas vezes é irreversível (WHELTON *et al.*, 2017).

### 5.3 principais fatores de risco

Dentre os principais fatores de risco podemos destacar os fatores genéticos que são selecionados pelo estilo de vida, fatores socioeconômicos como o menor nível de escolaridade, sexo (mulheres), etnia (negra), idade (há um aumento linear do risco de desenvolver HAS com o aumento da idade), elevado consumo de sal (um dos principais fatores de risco), ingestão de álcool (consumo crônico), excesso de peso (Índice de Massa Corporal - IMC  $\geq 25$  Kg/m<sup>3</sup>) e obesidade (IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>3</sup>; maior nos grupos mais abastados); sedentarismo (aumento o risco em cerca de 30%); tabagismo; etilismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, o consumo de sódio é em torno de 4,7 g de sódio por pessoa por dia, sendo até duas vezes acima do recomendado (2 g por dia). Sendo que esse consumo é maior na região rural do Norte e menor na região urbana do Sudeste (BRIASOULIS; AGARWAL; MESSERLI, 2012 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

“O sal comum (40% de sódio) é empregado frequentemente na cozinha e no processamento dos alimentos”, sendo a principal fonte de sódio na alimentação (IBIAPINA; SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p.83).

O consumo médio de sal da população é em torno de 10 a 12 gramas, correspondendo de 4000 a 4800 mg de sódio. Esse consumo refere-se ao sódio intrínseco e extrínseco, sendo importante salientar a enorme variedade de alimentos processados que apresentam adição de sódio (AVOZANI *et al.*, 2014, p.143).

Com isso, é recomendável a restrição da ingestão de produtos industrializados, como embutidos, enlatados, molhos prontos, conservas, congelados, sopas em pó e defumados, dando a preferência para condimentos

naturais, como salsa, cebolinha, cebola, alho, ervas e limão, além de medidas governamentais para reduzir o conteúdo de gorduras saturadas e sódio nos alimentos industrializados (IBIAPINA; SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A obesidade é fator de risco independente para as doenças cardiovasculares e ocupa papel centralizado na síndrome metabólica que envolve hipertensão arterial, dislipidemia e resistência insulínica. A prevalência de hipertensão é três vezes maior em indivíduos obesos (GALVÃO; KOHLMANN JR, 2002; PEREIRA, 2016).

E é um estado alarmante, considerando que o sedentarismo é um dos principais fatores para as doenças cardiovasculares (MARTINS *et al.*, 2015).

#### **5.4 Tratamento**

O tratamento da hipertensão arterial é baseado em dois principais pontos principais: nas modificações do estilo de vida e no tratamento farmacológico. Estas mudanças se relacionam ao controle do peso, modificações do padrão alimentar, redução da ingestão de sódio, prática de atividade física e redução do consumo de bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo. Destaca-se a importância de serem acompanhadas por uma equipe multiprofissional. Estas medidas podem ser uma opção terapêutica para pacientes que apresentem PA elevada ou HAS Estágio 1 com baixo risco cardiovascular. Estes pacientes devem ser reavaliados a cada 3 ou 6 meses e ao menor sinal de falha neste tratamento, deve-se adotar um medicamento anti-hipertensivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

#### **5.5 Educação na prevenção hipertensão arterial sistêmica**

A educação sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e as mudanças no estilo de vida são muito importantes para que o indivíduo tenha consciência da extensão do agravo, que mesmo assintomático pode gerar consequências, com isso, proporcionar a oportunidade de prevenção de complicações futuras, sendo motivado à alterações do cotidiano e à adesão de condutas de controle da HAS (SANTOS; LIMA, 2008).

Ademais, a escolha do anti-hipertensivo deve ser baseada nos níveis pressóricos do paciente e na presença de fatores de risco. O uso destes medicamentos tem como objetivo principal a redução dos eventos cardiovasculares. Assim pacientes com baixo risco iniciam tratamento em monoterapia somente após

falha das mudanças no estilo de vida, enquanto pacientes com alto risco cardiovascular podem iniciar o tratamento com a associação de duas drogas, mesmo que no Estágio 1 da HAS. Mediante a falha medicamentosa, deve-se sempre otimizar a dose das drogas em uso. Caso esta medida não se apresente eficaz é possível ainda associar um outro medicamento ou ainda trocar a classe do anti-hipertensivo escolhido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### **5.6 Desafios para o controle da hipertensão arterial sistêmica**

Atualmente o tratamento é um grande desafio devido às dificuldades para abordar e controlar a evolução clínica da patologia e o aparecimento de complicações. Um dos fatores que mais tem influenciado e dificultado o acompanhamento e controle da hipertensão é a falta de adesão dos pacientes à terapêutica prescrita. A adesão pode ser definida como a utilização dos medicamentos prescritos ou de outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, respeitando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Assim, considera-se que a adesão ocorre quando a conduta do paciente em tomar medicamentos, seguir dietas e executar as mudanças de estilo de vida coincidem com a prescrição clínica dada pelo médico (DALLA *et al.*, 2009). A não adesão ao tratamento tem sido apontada como a causa principal da pressão arterial não controlada, representando um risco significativo de eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

Segundo Gusmão e MION Junior (2006), adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores (Figura 2), denominados como dimensões, no qual os fatores que são relacionados ao paciente são apenas um determinante.

#### **Figura 4 – As cinco dimensões da adesão**



Fonte: Gusmão; Mion Junior (2006).

Contudo, vários fatores estão relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento, incluindo a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JUNIOR, 2006).

Em estudo conduzido por Dosse *et al.* (2009) com 327 pacientes hipertensos do grupo de hipertensão arterial do hospital-escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil, encontrou-se que 86,93% dos pacientes não aderiam ao tratamento medicamentoso, e que, 85,29% mantêm pelo menos um hábito de vida não saudável. Dentre os motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, o fator foi o que recebeu maior destaque em ambos os sexos, sendo que, 84,09% das mulheres responderam que o fator emocional interferia no controle da pressão arterial, e entre os homens 41,67%, fizeram essa associação.

Segundo Teixeira e Lefèvre (2001), as reações adversas e as manifestações características e a exposição a diversos medicamentos podem interferir decisivamente na adesão medicamentosa. No levantamento realizado no município de Porto Alegre-Rio Grande do Sul, em uma população idosa, constatou-se que a poli farmácia é um fator prejudicial na adesão ao tratamento medicamentoso. Com a progressão da idade ocorre o aumento do aparecimento de outras doenças e

complicações que leva ao idoso, a tratar não apenas a hipertensão arterial, mas também as outras comorbidades (ROCHA *et al.*, 2008).

Sobre a adesão ao tratamento não medicamentoso, o estudo de uma população idosa do município de João Pessoa-Paraíba demonstrou que a orientação dietética para o aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes, com seguimento de todos os hipertensos, obteve a melhor taxa de adesão, seguido da redução de alimentação hipersódica, da redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono ao tabagismo, controle de peso e prática de exercícios. Ressalta-se que o tratamento não se resume apenas à alimentação, tendo a atividade física fator de grande importância para o controle dos níveis pressóricos, sendo importante sua prática ser incentivada (DOURADO *et al.*, 2011).

Reconhece-se a dificuldade para adesão dos pacientes no seguimento da terapêutica conforme mostrou o levantamento bibliográfico a respeito da adesão medicamentosa de paciente portadores de hipertensão arterial. Com os subsídios levantados para construir programa de orientação e educação em saúde, espera-se aumentar a adesão dos pacientes assistidos no município de Coronel Fabriciano, melhorando assim a qualidade de vida dos mesmos.



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

De acordo com os problemas levantados, destacamos e damos ênfase a HAS. Dentre os fatores de risco e agravantes podemos citar a obesidade, sedentarismo, elevado consumo de sal, tabagismo e etilismo. Dessa forma é primordial a adoção de hábitos de vida saudáveis, o que é mais efetivo quando a população é bem informada sobre a doença que a acomete.

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

No que diz respeito aos fatores de risco da hipertensão arterial, estes se relacionam com os hábitos e estilos de vida inadequados, como sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

O problema na mudança dessa realidade é sobre o esclarecimento de uma população com baixo nível de informação sobre as graves consequências da hipertensão arterial. Além da atualização da equipe da unidade de saúde estar sempre atualizada dos parâmetros dessa patologia e as áreas de atuação.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Os hábitos e estilos de vida inadequados, como sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas influenciam diretamente na pressão arterial.

A redução do volume de atividade física é uma característica da sociedade moderna, sendo prevalente o período que se passa sentado na escola ou trabalho, transporte, em casa ou lazer.

Para que haja uma mudança ativa nesses fatores é primordial que a população tenha conhecimento da sua doença, mesmo com o baixo nível de escolaridade. E para uma melhor atuação para a mudança dessa realidade é imprescindível o conhecimento da equipe sobre a hipertensão e formas de comunicação que sejam ao nível de compreensão da população.

O nível de informação é um fator relevante na presença de hipertensão arterial tendo em vista que adultos com menor nível de escolaridade (até fundamental incompleto) apresentam maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%), a literatura aponta que menor nível de instrução apresenta maior carga de

doenças crônicas. Isso é justificado devido a escolaridade ser um dos mais importantes indicadores de saúde da população e está relacionado também a idade no Brasil, já que os idosos deste século tiveram menos oportunidade de estudos na juventude. O baixo nível educacional também se relaciona com a baixa renda, que pode gerar fatores como estresse, condições de trabalho e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Com isso, com o intuito de intervenção na melhoria do acompanhamento dos pacientes com HAS foram delineados os fatores que mais influenciam na mudança dessa realidade. Sendo assim, o primeiro nó crítico a ser descrito é: “ Hábitos e estilos de vida inadequados, como sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas”.

O segundo nó a ser abordado é o “deficiente conhecimento da equipe sobre a hipertensão”, tendo em vista que sem ele há comprometimento em qualquer plano de intervenção.

E assim, também tem relação com o terceiro nó, que é o “processo de trabalho deficiente da equipe”.

O quarto nó é também relacionado à informação, sendo o “baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial e suas consequências”.

### **6.4 Desenho das operações (sexto passo)**

O desenho das operações relacionadas a cada um dos “nós críticos” na população sob responsabilidade da Equipe Verde da ESF da Unidade de Saúde de São Pedro Guerra, Coronel Fabriciano, estão apresentados nos quadros 2, 3, 4 e 5.

Quadro 2- Desenho das operações para o “nó crítico” 1 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados, como sedentarismo, alimentação, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas
<b>Operação (operações)</b>	Modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos da nossa área de abrangência
<b>Projeto</b>	<i>Viver saudável</i>
<b>Resultados esperados</b>	Redução no número de pacientes sedentários; Pacientes com hábitos alimentares saudáveis, com redução do consumo de sal; Aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes; Abandono do tabagismo
<b>Produtos esperados</b>	Programa de orientação de atividade física; Programa de alimentação saudável. Programa de caminhada orientada Programa de combate ao tabagismo.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: agenda programada e espaço para atividades educativas e para caminhadas orientadas. Cognitivo: conhecimento sobre os temas Financeiro: panfletos, cartazes e recursos audiovisuais relacionados aos temas em questão Político: organizar os grupos para orientação de atividade física, educação alimentar e combate ao tabagismo.
<b>Recursos críticos</b>	Político: manter grupos ativos e participativos Financeiro: provável falta de recursos
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de saúde da Família Motivação: Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Levantar os conhecimentos e dúvidas dos pacientes sobre a HAS para programar grupos de educação. Apresentar projeto de educação continuada.
<b>Prazo</b>	Início em dois meses e sem data determinada para término .
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica enfermeira.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Depois de três ou quatro reuniões, avaliar o nível de informação da população sobre HAS, hábitos saudáveis e risco cardiovascular.

Quadro 3- Desenho das operações para o “nó crítico” 2 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.

<b>Nó crítico 2</b>	Deficiente conhecimento da equipe sobre a hipertensão
<b>Operação (operações)</b>	Aumentar o conhecimento da equipe sobre hipertensão arterial
<b>Projeto</b>	<b><i>Sabendo sobre a HAS</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de saúde discutindo e aprendendo mais sobre a HAS, tratamento farmacológico e não farmacológico;  Melhor preparo da equipe no manejo e adesão dos pacientes ao tratamento.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe com mais conhecimento sobre a HAS, tratamentos e riscos cardiovasculares;  Orientação quanto à importância da adesão e aos riscos ser feita por todos os membros da equipe
<b>Recursos necessários</b>	Organizacionais: organização de cursos para reciclagem com equipe sobre o tema da hipertensão arterial; Cognitivos: aprofundar o conhecimento sobre o tema; Políticos: mobilizar parceria intersetorial
<b>Recursos críticos</b>	Político: disponibilidade dos profissionais que darão suporte às atividades (educador físico, fisioterapeuta e nutricionista); Financeiros: disponibilidade dos recursos audiovisuais como televisão, Datashow, caixa de som, etc.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde da Família; população assistida. Motivação: Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto para a população e para Secretaria Municipal de Saúde
<b>Prazo</b>	Início em dois meses e sem data determinada para término
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica; Enfermeira; Gerente da Unidade de Saúde.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Depois de três ou quatro reuniões, avaliar o nível de informação de todos os membros da equipe sobre HAS, a importância da adesão e os riscos relacionados à doença

**Quadro 4-** Desenho das operações para o “nó crítico” 3 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.

<b>Nó crítico 3</b>	Processo de trabalho deficiente da equipe
<b>Operação (operações)</b>	Construir juntamente com a equipe plano de ação conjunto para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial
<b>Projeto</b>	<b><i>Juntos somos melhores</i></b>
<b>Resultados esperados</b>	Equipe trabalhando coesa e integrada com as orientações dadas aos usuários hipertensos; Equipe de saúde sabendo comunicar-se efetivamente com os hipertensos.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe integrada e fornecendo orientações efetivas e humanas aos hipertensos. Hipertensos com menos complicações , mais saudáveis e aderindo ao tratamento.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacionais: organização de horários para construção do plano de ação. Estruturais: local para reunião da equipe para discussões do trabalho. Cognitivos: conhecimento sobre o tema e melhoria do processo de trabalho
<b>Recursos críticos</b>	Político: disponibilidade dos profissionais para aderirem ao plano de ação.  Financeiros: disponibilidade dos recursos audiovisuais como televisão, Datashow, caixa de som, etc.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Gerência da unidade
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar à equipe a ideia de se fazer conjuntamente um plano de ação para melhoria do processo de trabalho e melhoria da adesão dos pacientes hipertensos aos tratamentos programados
<b>Prazo</b>	Indeterminado
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médica Enfermeira
<b>Processo de monitoramento e</b>	Verificar se houve aumento da adesão dos pacientes ao tratamento instituído.

<b>avaliação das ações</b>	
----------------------------	--

Quadro 5- Desenho das operações para o “nó crítico” 4 relacionado ao problema de “adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica no município de Coronel Fabriciano”, 2018.

<b>Nó crítico 4</b>	Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial e suas consequências
<b>Operação (operações)</b>	Educar a população a respeito da HAS e suas consequências por meio de reuniões em grupos operativos
<b>Projeto</b>	<i>Viver melhor</i>
<b>Resultados esperados</b>	Aumento do nível de conhecimento da população sobre a hipertensão arterial; Auxílio no processo de educação em saúde da população.
<b>Produtos esperados</b>	Orientação de todos os membros da equipe quanto à importância da adesão ser feita; Aumento da adesão ao tratamento; Redução de complicações e picos hipertensivos; Prevenção das complicações.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacionais: agenda definida para participação nos grupos de educação aos hipertensos Políticos: mobilizar parceria intersetorial. Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Financeiros: disponibilizar panfletos, cartilhas e cartazes informando sobre a hipertensão arterial.
<b>Recursos críticos</b>	Político: disponibilidade dos profissionais que darão suporte às atividades (educador físico, fisioterapeuta e nutricionista);  Financeiros: disponibilidade dos recursos audiovisuais como televisão, Datashow, caixa de som, etc.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Organizacionais: disponibilidade de horários e locais para os cursos de reciclagem com equipe sobre o tema da hipertensão arterial. Cognitivos: aprofundar o conhecimento sobre o tema. Políticos: mobilizar parceria intersetorial.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar projeto para equipe;  Apresentar projeto para a Secretaria Municipal de Saúde.
<b>Prazo</b>	Início em dois meses e sem data determinada para término.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Todos os profissionais de saúde e administrativos da unidade.
<b>Processo de monitoramento</b>	Depois de três ou quatro reuniões, avaliar o nível de informação de todos os membros da equipe e população, além

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a prática de atividades físicas, redução da ingestão de sódio e dieta adequada são medidas que contribuem para o controle da hipertensão e, conseqüentemente, para o bem-estar dos pacientes. Contudo, tais práticas não são a realidade encontrada, visto que a maioria dos pacientes não cumpre as orientações dadas, prejudicando o tratamento.

A falta de adesão tornou-se um grande desafio clínico, uma vez que seguir as medidas de modificação do estilo de vida poderiam retardar a evolução das complicações e comorbidades, acarretando menores custos para ao paciente e melhorando sua qualidade de vida. Assim, torna-se fundamental trabalhar por meio da educação a conscientização dos usuários hipertensos na construção de uma vida saudável, na adoção de hábitos alimentares adequados, no incentivo à prática de atividade física regular e na realização do tratamento medicamentoso.

Tornou-se essencial a elaboração de um projeto de intervenção para educação em saúde dos pacientes hipertensos, para conscientizá-los da importância do acompanhamento e seguimento do tratamento. Assim como é necessário preparar a equipe para a adequada orientação, aumentando a adesão dos pacientes.

## REFERENCIAS

AVOZANI, P. *et al.* Avaliação da ingestão de sódio e o risco de hipertensão arterial em adolescentes das escolas públicas de Erechim–RS. **PERSPECTIVA**, v. 38, n.141, p. 141-150, março/2014

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 99, n.1, p. 636-641, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS). Minuta de Análise dos Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000 a 2010. Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS, Brasília, out 2011

CORONEL FABRICIANO. Município de Coronel Fabriciano. **História**. Disponível em: <<https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-coronel-fabriciano.html>>. Acesso em: 12 de jul de 2018.

DALLA, M. B. D. *et al.* Aderência ao Tratamento Medicamentoso. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Hansenologia. **Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2009.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.17, n.2, *online*, 2009.

DOURADO, C. S. *et al.* Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

FARIA, H. P., CAMPOS, F. C., SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. -- Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. D. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.13, n.1, p. 75-84, 2015

GALVÃO, R.; KOHLMANN JR, O. Hipertensão arterial no paciente obeso. **Rev Bras Hipertens** v. 9, n.3, p.262-7, 2002

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006

IBIAPINA, D. F. N.; SANTOS, A. N.; OLIVEIRA, L. N. R. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. **R. Interd.** v.6, n.4, p.75-85, 2013



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico**. Brasil, 2010. Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 02 de jul de 2018

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MARTINS, L.C. G. *et al.* Estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 6, p. 1005-1012, 2015.

PEREIRA, E. R. S. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Nefrol.**, v. 38, n. 1, p. 22-30, Mar. 2016.

ROCHA, C. H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, supl. p. 703-710, 2008.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n.1, p. 90-7, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA. Atlas Escolar Histórico, Geográfico e Cultural de Coronel Fabriciano. Belo Horizonte - MG: Editora Cultural Brasileira Ltda., 2011. 88 p.

SILVA, C. S. *et al.* Blood pressure control and adherence/attachment in hypertensive users of Primary Healthcare. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 584-590, June 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, Apr. 2001.

WHELTON, P. K. *et al.* Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **J. Am. Coll. Cardiol.** p.1-28, 2017.