

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NÚBIA CHOUCOUNOVA SILVA NEVES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA INCREMENTO DA ADERÊNCIA À  
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E DIETÉTICA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO ESF SERINGUEIRAS  
EM PARÁ DE MINAS - MINAS GERAIS**

**PARÁ DE MINAS - MINAS GERAIS**

**2017**

**NÚBIA CHOUCOUNOVA SILVA NEVES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA INCREMENTO DA ADERÊNCIA À  
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E DIETÉTICA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO ESF SERINGUEIRAS  
EM PARÁ DE MINAS - MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista em Medicina da Família e da Comunidade.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

PARÁ DE MINAS - MINAS GERAIS

2017

**NÚBIA CHOUCOUNOVA SILVA NEVES**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA INCREMENTO DA ADERÊNCIA À  
TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E DIETÉTICA DE PACIENTES  
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO ESF SERINGUEIRAS  
EM PARÁ DE MINAS - MINAS GERAIS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor André Luiz dos Santos Cabral - Universidade Federal de Minas Gerais

Examinadora 2 – Professora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Univeridade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pelas bênçãos e força dispensada para que este objetivo pudesse ser atingido.

Ao meu futuro esposo Mateus, pelo apoio e compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

A minha mãe Christina, pelo apoio incondicional e a todos que de alguma forma contribuíram para realização desse projeto.

## RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica, condição clínica altamente prevalente em todo o mundo, muitas vezes subestimada pelas suas características silenciosas e insidiosas, impacta seriamente a Saúde Pública pela dificuldade de controle adequado por apresentações sinais e sintomas pouco expressivos. Esta tem elevado potencial de morbimortalidade por ser uma condição que predispõe ao surgimento de doenças coronarianas, cardíacas, vasculares e renais. Seu tratamento é focado em terapias não-farmacológicas e farmacológicas que necessitam de boa adesão do paciente para controle de pressão arterial dentro de valores satisfatórios para a condição clínica do paciente. Todavia, atualmente nota-se sérias dificuldades na adesão e, conseqüentemente, na eficácia do tratamento dos hipertensos. O objetivo deste trabalho foi elaborar estratégias que visem para ampliar a adesão à terapia proposta aos usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família do Bairro Residencial Capanema da cidade de Pará de Minas, Minas Gerais. Foi realizada revisão bibliográfica narrativa e elaboração de plano de ação para intervenção nos cinco nós críticos identificados. Com a implantação das ações previstas, a serem desenvolvidas pela equipe de saúde, espera-se que a equipe passe a reconhecer as dificuldades apresentadas pelos pacientes para que seja possível ampliar a adesão dos hipertensos e melhorar a qualidade do tratamento oferecido.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia de Saúde da Família. Aderência ao Tratamento.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension, a highly prevalent clinical condition worldwide, often underestimated by its silent and insidious characteristics, has a serious impact on Public Health due to the difficulty of adequate control of signs and symptoms that are not very expressive. It has a high potential for morbidity and mortality because it is a condition that predisposes to the development of coronary, cardiac, vascular and renal diseases. Its treatment is focused on non-pharmacological and pharmacological therapies that require good adherence of the patient to control blood pressure within values satisfactory to the clinical condition of the patient. However, there are currently serious difficulties in adherence and, consequently, in the efficacy of treatment of hypertensive patients. The objective of this work was to elaborate strategies that aim to increase the adherence to the therapy proposed to hypertensive users assisted by the Family Health Strategy of the Residencial Capanema neighborhood of the city of Pará de Minas, Minas Gerais. A narrative bibliographical review and elaboration of an action plan for intervention in the five critical nodes identified were performed. With the implementation of the planned actions, to be developed by the health team, the team is expected to recognize the difficulties presented by the patients so that it is possible to increase the adherence of the hypertensive patients and to improve the quality of the treatment offered.

**Key words:** Systemic Arterial Hypertension. The Family Health Strategy. Treatment adherence.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DAC – Doença Arterial Coronariana

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

MS- Ministério da Saúde

PA – Pressão arterial

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: População do Bairro Seringueiras por idade e sexo

Quadro 2: Estrutura dos imóveis e saneamento básico dos Seringueiras

Quadro 3: Listagem de problemas de acordo com a importância e a capacidade de enfrentamento

Quadro 4: Desenho das operações para enfrentamento de “dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”

Quadro 5: Identificação dos recursos críticos

Quadro 6: Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores

Quadro 7: Plano operativo

Quadro 8: cronograma das atividades

Quadro 9: Acompanhamento do plano de ação



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1.1 RECONHECENDO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS</b>	<b>12</b>
<b>1.2 DESCRIÇÃO DO BAIRRO SERINGUEIRAS</b>	<b>13</b>
<b>1.3 DESCRIÇÃO DO PSF SERINGUEIRAS</b>	<b>14</b>
<b>1.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS</b>	<b>15</b>
<b>1.5 ASPECTOS AMBIENTAIS</b>	<b>16</b>
<b>1.6 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE E DA COMUNIDADE</b>	<b>16</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>19</b>
<b>3.1 OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>19</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>21</b>
<b>5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</b>	<b>21</b>
<b>5.2 NÍVEL DE INFORMAÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>5.3 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO</b>	<b>23</b>
<b>5.4 NÍVEL SOCIOECONÔMICO</b>	<b>23</b>
<b>5.5 PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE</b>	<b>24</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	<b>26</b>
<b>6.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DE “DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO”</b>	<b>26</b>
<b>6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>30</b>
<b>6.3 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO: ATORES E MOTIVADORES</b>	<b>31</b>
<b>6.4 PLANO OPERATIVO</b>	<b>33</b>
<b>6.5 CRONOGRAMA</b>	<b>35</b>
<b>6.6 GESTÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>36</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é uma condição de múltiplos fatores que se agrava pela elevação e sustentação dos níveis da pressão arterial (PA), a qual está, frequentemente, associada a modificações das estruturas e/ou funções de órgãos-alvo, como o coração, o encéfalo, os rins e os vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas, que podem desencadear em eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Por se tratar de uma doença silenciosa a HAS contribui para o surgimento de doença cerebrovascular, como o acidente vascular encefálico (AVE), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e doença arterial coronariana (DAC), além de outras doenças que podem acometer o sistema cardiovascular (NOBRAT et al., 2004).

Assim como no mundo todo, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil, com índices alarmantes de prevalência, estando entre 22% e 44% em adultos (em média de 32%), podendo atingir índices maiores do que 50% para a população idosa (BRASIL, 2013).

Os determinantes que contribuem para a HAS tenha alta prevalência são variados, destacando-se:

- Baixo nível sociocultural, socioeconômico: fator que provoca dificuldade na compreensão da doença, geralmente, relacionado aos aspectos culturais e das crenças, que muitas vezes se apresenta para a população de maneira assintomática.
- Dificuldades financeiras para realização de algum tratamento medicamentoso que possa otimizar as medicações disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

- Grande demanda gerada pela pouca quantidade de equipes de saúde da família para o território o que gera dificuldade de acesso à consulta médica.

Desta forma, embora a prevalência da HAS seja alta, o que se percebe é que as taxas de controle no Brasil são baixas, fato altamente explorado pela literatura científica e ainda longe de ser solucionado pelas autoridades competentes. Soma-se a estes determinantes o fato da HAS ser, em grande parte, uma doença assintomática o que torna seu diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciados e, além disso, há a baixa adesão terapêutica e, como consequência, tem-se um controle inadequado da HAS (BRASIL, 2006).

Além disto, está bem evidenciado na literatura científica de que os pacientes com HAS tem baixo controle dos níveis de PA, como o observado no estudo Wolf-Maier et al. (2004) apontam que apenas 30% dos pacientes com hipertensão conseguem atingir valores ideais de pressão sanguínea, enquanto que nos demais há descontrole.

Desta forma, percebe-se importantes desafios para as equipes que atuam na Atenção Básica (AB), principalmente para promover o controle dos níveis da PA e assim prevenir a HAS e suas complicações, necessitando de atuação multiprofissional, conjuntamente com os membros da comunidade da área circunscrita, considerando aspectos culturais, religiosos e sociais (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, faz-se necessário que surjam estratégias cada vez mais efetivas no controle da HAS, por meio de tratamentos que envolvam tanto as modalidades medicamentosas quanto não medicamentosas. No Brasil, observam-se muitas dificuldades para que as equipes controlem a HAS, realidade vivenciada pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Seringueiras no município de Pará de Minas - Minas Gerais.

## **1.1 RECONHECENDO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS**

Pará de Minas é um município localizado no estado de Minas Gerais, região sudeste do país, cuja população é de 91.158 habitantes (de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para 2015), distante 90km da capital e faz parte da macrorregião de Belo Horizonte e microrregião de Pará de Minas.

Como se encontra localizada próxima à BR 262 e BR 352, é rota fácil de acesso aos transportes e às cidades vizinhas, mostrando-se atraente para investidores e para a área de serviços. Além disso, seu crescimento populacional é ordenado, apresentando taxas anuais de 4% (de 2007 a 2010) (IBGE, 2016).

Pará de Minas configura-se como um dos principais polos estaduais da suinocultura e da avicultura. Com relação aos índices de desenvolvimento, em 2010, 96% da população vivia acima da linha de pobreza, 3,3% encontrava-se na linha da pobreza e 0,7% estava abaixo, sendo o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, de 0,435 (onde 1,00 é o pior score e 0,00 é o melhor) (IBGE, 2016).

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Pará de Minas era, no ano de 2011, de 5,3 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10). Na área de segurança, o município apresenta taxas de acidente e de violência que se assemelham a realidade nacional, sendo que a presença do tráfico está mais perceptível de acordo com relatos dos moradores e membros da segurança pública.

Com relação a área da saúde, Pará de Minas serve de referência da microrregião em que se encontra, sendo assim, é no município que estão as vagas de terapia intensiva e atendimentos mais complexos, como hemodiálise além de oferecer também os serviços de obstetrícia. Entretanto, os exames de alta complexidade são realizados

nos municípios vizinhos (Belo Horizonte e Itaúna). O atendimento de urgência acontece no pronto atendimento municipal além do hospital filantrópico, que atendem pacientes provenientes do SUS. A população do município é atendida por 23 equipes de saúde da família, entre elas, uma equipe rural, que representam 88% de cobertura da população com relação à atenção básica (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

## **1.2 DESCRIÇÃO DO BAIRRO SERINGUEIRAS**

Localizado na periferia do município de Pará de Minas, a ESF Seringueiras atende ao residencial Capanema e parte do bairro São Paulo, contando com aproximadamente 3200 habitantes que chegaram à região a partir da construção de casas do Programa Minha Casa, Minha Vida, em 2009. Estas casas são padronizadas, contando com dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro. Porém, como a população é proveniente de periferias, sendo bairros muito carentes, os hábitos de higiene destes não são os mais adequados, por exemplo, as crianças geralmente andam descalças, não possuem o costume de tomar banho todos os dias e, muito menos, de escovar os dentes, além disso, a maioria das residências não possui geladeira (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

Atualmente, a população é composta por trabalhadores informais, tais como empregadas domésticas e trabalhadores na construção civil (pedreiros e mestres de obra). Com relação à renda, esta é, em sua maioria, proveniente do Programa Bolsa-Família, do Governo Federal, além disso, é alto o número de desempregados e de subempregados (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

Com relação a estrutura de saneamento básico na comunidade, esta é adequada sendo que todas as residências recebem água encanada e coleta de esgoto. A coleta de lixo, é feita pela prefeitura (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

Embora a taxa de analfabetismo seja baixa, é possível observar que o número de pessoas que não sabem ler é bastante alto quando se trata de pacientes acima dos 40 anos de idade, entretanto, a evasão escolar está controlada, principalmente pela possibilidade de se perder o benefício mensal do Programa Bolsa-Família, caso a criança abandone a escola (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

Diante do exposto, é possível caracterizar a população da comunidade Seringueiras como sendo carentes e envolvida com o tráfico de drogas. Com relação à infraestrutura do bairro, muito tem sido feito nas últimas administrações para esta população (por exemplo, construção do Posto de Saúde, da creche), porém, muito ainda precisa ser feito por esta comunidade (PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS, 2017).

### **1.3 DESCRIÇÃO DA ESF SERINGUEIRAS**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Amaral Lima da Costa foi inaugurada em março de 2016, situada entre os bairros Residencial Capanema e São Paulo. Sua construção está de acordo com as orientações propostas pelo Ministério da Saúde e sua estrutura física é muito boa, contando com 04 amplos consultórios, consultório ginecológico, sala de vacinas, sala de reuniões, copa, sala de espera, recepção, consultório odontológico, área de convivência e estacionamento. Sua área de construção é considerada adequada e seu espaço físico muito bem aproveitado quando se trata da quantidade de pessoas atendidas (cerca de 3200 pessoas).

Esta encontra-se muito bem equipada e com os recursos adequados para o trabalho da equipe, entretanto, a população ainda não está “familiarizada” com a mesma sendo que ainda estão se acostumando com a equipe de profissionais e com o tipo de atendimentos prestados.

De maneira geral, é possível dizer que a UBS se mostra preparada para atender às mais variadas demandas que até ali chegam.

#### 1.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

No quadro 1 há a apresentação da distribuição quantitativa da faixa etária populacional do Bairro Seringueiras, separados pelos gêneros para fins de comparação e análise.

**Quadro 1:** População do Bairro Seringueiras por idade e sexo

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	34	20	54
1-4 ANOS	159	105	264
5-14 ANOS	400	425	825
15-19 ANOS	200	243	433
20-29 ANOS	183	399	582
30-39 ANOS	176	300	476
40-49 ANOS	107	247	354
50-59 ANOS	46	104	150
60- 69 ANOS	24	46	70
70-79 ANOS	6	14	20
80 ANOS E +	6	9	15
TOTAL	1341	1912	3243

Fonte: Própria autora, 2017

## 1.5 ASPECTOS AMBIENTAIS

A maioria das residências conta com instalações simples do Programa Minha Casa, Minha Vida. No quadro pode-se observar como estão as questões relacionadas ao lixo, esgoto e fornecimento de água.

### Quadro 2: Estrutura dos imóveis e saneamento básico dos Seringueiras

#### DESTINO DO LIXO

Microárea	1	2	3	4	5
Coletado	258	178	155	179	154
Queimado/enterrado	-	-	-	-	-
Jogado	-	-	-	-	-
Total	258	178	155	179	154

#### ESGOTO

Microárea	1	2	3	4	5
Sistema esgoto	258	178	155	179	154
Fossa	-	-	-	-	-
Céu aberto	-	-	-	-	-
Total	258	178	155	179	154

#### ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Microárea	1	2	3	4	5
Sistema público	258	178	155	179	154
Outro	-	-	-	-	-
Total	258	178	155	179	154

Fonte: Própria autora, 2017

## 1.6 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE E DA COMUNIDADE

Em resumo, na área exposta há como principais problemas que podem afetar os níveis de saúde da população:



- Sedentarismo;
- Alimentação inadequada;
- Baixo nível de escolaridade;
- Grande demanda espontânea;
- Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- Grande incidência de eventos cardiovasculares.

Estes estão apresentados no quadro 3 de acordo com a importância e a capacidade de enfrentamento.

**Quadro 3:** Listagem de problemas de acordo com a importância e a capacidade de enfrentamento

<b>PROBLEMA</b>	<b>IMPORTÂNCIA (0 a 5 pontos)</b>	<b>URGÊNCIA (0 a 5 pontos)</b>	<b>CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE (0 a 5 pontos)</b>
Sedentarismo	4	3	3
Alimentação inadequada	4	3	3
Baixo nível de escolaridade	4	3	1
Grande demanda espontânea na unidade	3	3	3
Controle inadequado da Hipertensão Arterial Sistêmica	5	4	4
Alta incidência de eventos cardiovasculares	4	3	3

Fonte: Própria autora, 2017

## **2 JUSTIFICATIVA**

A alta prevalência das HAS no Brasil e no mundo, associado ao fato dos pacientes deixarem de aderir à terapia anti-hipertensiva (pelos mais variados motivos), tendo esta doença frequente associação a alterações na função e nas estruturas de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) além de modificações metabólicas e conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, (BRASIL, 2013), justificam a realização de estudos que auxiliem na realização de serviços com qualidade no atendimento de pacientes que possuam HAS na AB.

Assim, torna-se justificada a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pois propõe o incremento na aderência ao tratamento de pacientes com HAS na ESF Seringueiras no município de Pará de Minas, Minas Gerais.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar estratégias que visem para ampliar a adesão à terapia proposta aos pacientes com HAS residentes na área de atendimento da ESF Seringueiras no município de Pará de Minas - MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Melhorar os níveis de saúde da população atendida pela ESF Seringueiras no município de Pará de Minas-MG.

Atuar na melhora da adesão ao tratamento de hipertensão na população atendida pela ESF Seringueiras no município de Pará de Minas-MG.

Auxiliar na elaboração de estratégias para melhorar a eficiência do tratamento da hipertensão na Unidade Básica de Saúde.

## 4 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão narrativa por meio de bases de dados científicas com periódicos nacionais e internacionais (SciELO, Medline, Bireme, Scholar Google, entre outros), além de utilização de livros sobre esta temática. As obras foram selecionadas por estarem relacionadas aos descritores e ao objetivo do tema proposto e ter sido publicada em revistas científicas relacionadas à área da saúde. A partir desta revisão bibliográfica, permitiu-se atualizar o Plano de Ação, de acordo com Campos, Faria, Santos (2010), buscando intervir nos cinco nós críticos identificados:

- Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade);
- Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal);
- Pressão social (desemprego);
- Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo);
- Estrutura dos serviços de saúde (falta equipe multidisciplinar, indisponibilidade de exames pelo SUS).

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial associada a níveis elevados e sustentados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), provocada pela força com que o sangue passa pelas artérias, podendo provocar danos a órgãos-alvo e a elas próprias (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Para que o indivíduo seja considerado hipertenso ele deve possuir pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e /ou pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, ela afeta aproximadamente 1/4 da população como um todo (BRASIL, 2013), dado alarmante tendo em vista a associação que a HAS possui com o desenvolvimento de doenças arteriais coronarianas, doenças cerebrovasculares, doença renal crônica e fibrilação atrial. Impactando significativamente nas condições socioeconômicas da população, principalmente no que tange os altos custos de internações hospitalares provenientes de problemas relacionados à HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os principais fatores de risco relacionados à HAS são a dieta inadequada, principalmente as dietas ricas em gordura e sal, que gera excesso de peso e obesidade, hábitos como o tabagismo e etilismo e o sedentarismo, outros fatores também merecem destaque tais como o estresse relacionado ao estilo de vida, envelhecimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Dessa forma, a adoção de hábitos de vida saudáveis passa a ser a principal estratégia de prevenção da HAS, por meio de atividades que visem o controle do

peso corporal, modificação dos hábitos alimentares (redução do consumo de sódio e álcool), interrupção do tabagismo e prática regular de atividade física. Todavia casos já estabelecidos de HAS pode haver necessidade de tratamento medicamentoso para controle e regulação da pressão arterial (THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY, 2012).

E neste contexto, os profissionais de saúde da AB tem por função atuar nas estratégias de identificação e controle da HAS, com vistas a atingir a redução da morbimortalidade relacionada a este problema de saúde, através de atuação de equipe multiprofissionais.

## **5.2 NÍVEL DE INFORMAÇÃO**

A HAS é um problema de saúde pública de ordem mundial, sendo que a falta de conhecimento tanto sobre as características da doença, seus fatores de risco, e seus problemas relacionados, bem como a ausência de entendimento acerca do tratamento farmacológico, interfere de maneira significativa na adesão ao tratamento da HAS na UBS (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

A não adesão aos métodos preventivos bem como ao tratamento anti-hipertensivo é considerado pela comunidade científica como um dos principais desencadeadores de agravos da HAS (REINERS; NOGUEIRA, 2009; GUSMÃO et al., 2009; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010; GUIRADO et al., 2011). Geralmente a não-adesão é complexa e difícil de ser compreendida como um todo, tendo como fatores essenciais para esta não compreensão, baixos níveis socioeconômicos da população, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com os serviços de saúde (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010; STRELEC; PIERIN; MION-

JUNIOR, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; PUCCI et al., 2012; OBRELI-NETO et al., 2010).

Associado ao exposto, temos ainda elevados índices de indivíduos que não compreendem totalmente a HAS e o seu tratamento, por muitas vezes apresentarem curso assintomático ou intermitente (PUCCI et al., 2012).

Desta forma, para que o tratamento seja cada vez mais efetivo, o paciente deve ser visto como o centro do tratamento e não a doença, permitindo que ele seja capaz de compreender como a HAS se desenvolve, quais são os riscos envolvidos, e principalmente, quais seriam os benefícios do tratamento e mudanças de estilo de vida (GUSMÃO et al., 2009).

### **5.3 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA DA POPULAÇÃO**

Vários estudos evidenciam que o importante na HAS é o acompanhamento sistemático, contínuo e de seguimento dos pacientes que tenham HAS, e que a ESF é fundamental neste tratamento e/ou prevenção, auxiliando na orientação e acompanhamento nas mudanças de estilo de vida, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com HAS. As ações devem focar o longo prazo, tratando de assuntos como a diminuição da ingestão de sal, a necessidade de realizar prática de atividade física regular, e a utilização correta da prescrição do tratamento medicamentoso (MENDES; MORAES, 2014).

### **5.4 NÍVEL SOCIOECONÔMICO**

Está bem estabelecido na literatura que indivíduos com baixo nível educacional tem maior prevalência de HAS, fator que está associado com o nível de conhecimento dos

pacientes acerca da doença, dos outros fatores que interferem na doença e a motivação para aprender as informações necessárias para o tratamento necessário (PANIZ et al., 2010).

Assim, fatores como baixo nível socioeconômico, problemas psicossociais, baixo nível educacional e estresse emocional, funcionam como barreiras na adesão ao tratamento.

E se associarmos que um dos pilares do tratamento da HAS na AB é a Educação em Saúde, com vistas a modificar o estilo de vida das pessoas, otimizar a adesão ao tratamento farmacológico e prevenir o surgimento de agravos provenientes da falta de controle da doença, saberemos que o sucesso destas ações dependerão do grau de conhecimento da população, e que todo este processo está intimamente relacionado com o nível socioeconômico da população (BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

Diante disto, fica evidente a importância de se levar em consideração o fator socioeconômico tanto nos fatores de risco, quanto na prevalência da HAS, fazendo com que sejam considerados esses sintomas tanto na avaliação inicial quanto no seguimento dos pacientes hipertensivos.

## **5.5 PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Candeias (1997) define educação em saúde como sendo as ações de aprendizagem que tem como foco facilitar as ações voluntárias úteis à saúde. Este é um conceito muito válido porque Cecilio (1997) aponta que a educação em saúde é o fator fundamental no processo de capacitação da comunidade na Atenção Básica, atuando, portanto como uma ferramenta de promoção da saúde. Neste sentido, Cervato (1997) indica que o trabalho de maneira interdisciplinar é o mais efetivo, desde que esteja dentro de um fluxo de trabalho de maneira organizada e



humanizada, acontecendo por intermédio das consultas médicas e com acompanhamento de ACS e enfermeiro, valorizando o paciente e melhorando o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, tendo como resultado a modificação dos indicadores de saúde da população daquela área.

Para que este atendimento aconteça de maneira organizada e humanizada, torna-se importante o trabalho com os grupos operativos. Pichon-Rivière (1991, p. 157), destaca que o grupo operativo se assemelha ao funcionamento do grupo familiar, sendo assim, define-se como sendo um “conjunto de pessoas reunidas por constantes de tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, implícita ou explicitamente, uma tarefa que constitui sua finalidade”. Assim, Fernandes (2015) define este processo como os trabalhos realizados por grupos operativos, que centralizam a tarefa, com vistas a cumprir função terapêutica, seja pelo aprendizado, pela cura, pelo diagnóstico de dificuldades, dentre outras finalidades.

Dessa forma, pode-se notar a importância que o processo de educação em saúde tem perante o tratamento da HAS, por ser uma estratégia que promove o conhecimento com vistas a modificar o comportamento para que ocorra redução nos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares e assim ocorre um controle da PA. Nesse contexto, Gusmão et al.(2009) afirmam que a importância da equipe multiprofissional se deve também ao fato de conseguir esclarecer ao paciente sobre sua doença e, o mais importante, sobre o seu papel, enquanto paciente, no tratamento, o que permite a este entender sua real situação, organizar uma estratégia própria (com relação à medicação, dieta, atividade física, entre outros). Além disso, a equipe multiprofissional também tem a função de atuar como motivadora, reforçadora neste processo de tratamento.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 DESENHO DAS OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DE “DIFICULDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO”**

As soluções propostas para as condições enfrentadas dá-se pelas operações por meio de recursos econômicos, modificações organizacionais, alterações cognitivas, além de atuar conjuntamente com o poder político.

**Quadro 4:** Desenho das operações para enfrentamento de “dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1) Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).	<b>Saúde e bem-estar</b> Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 25% o número de tabagistas, sedentários e pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano.	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas periódicas para os grupos.	Organizacional ● para organizar as caminhadas, campanhas, grupos operativos, cartilhas e agenda de consultas Cognitivo. ● Informação sobre o tema e estratégias de comunicação Político ● Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro. ● Para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc.
(2) Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).	<b>Saber +</b> Informar e conscientizar a população sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos.	Organizacional ● agenda para realizar as atividades propostas Cognitivo ● Conhecimento sobre o tema e sobre práticas pedagógicas

			ACS e cuidadores	<p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ articulação Inter setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</li> </ul> <p>Financeiro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ Para aquisição e confecção de cartazes</li> </ul>
(3) Pressão social (baixo nível econômico e dificuldade de acesso a alimentos saudáveis)	“ <b>Comer bem e barato</b> ”	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.	Programa de horta doméstica; Programa de culinária barata.	<p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ Criar os programas Cognitivo</li> <li>⑦ Treinamento para orientação da população.</li> </ul> <p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas;</li> </ul> <p>Financeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ Para manutenção dos programas</li> </ul>
4) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupos operativos).	“ <b>+ conhecimento</b> ” Conscientizar a equipe sobre a importância de transmitir informações ao Usuário	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	<p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑦ Reuniões da equipe e grupos operativos; Cognitivo</li> <li>⑦ Treinamento para organizar e orientar nos grupos.</li> </ul>

				<p>Político</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Parceiros para auxiliar na estruturação dos grupos operativos Financeiro</li> <li>● Para confecção dos materiais educativos para os grupos.</li> </ul>
5) Estrutura dos serviços de saúde - não há educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar	<p><b>“Cuidar melhor”</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para atender bem os pacientes hipertensos</p>	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista educador físico em grupos operativos e atendimento individual	<p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço Cognitivo</li> <li>● Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro</li> <li>● contratação desses profissionais</li> </ul>
6) Problemas psicológicos (ansiedade e insônia)	<p><b>“Viver melhor”</b></p>	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	<p>Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço Cognitivo</li> <li>● Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro</li> <li>● contratação desses profissionais</li> </ul>

Fonte: Própria autora, 2017

## 6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Apresenta-se aqui os recursos que serão necessários para que ocorra a modificação da realidade local, para que assim os resultados esperados por todos sejam atingidos, indispensáveis para o êxito do plano de ação através das estratégias necessárias para cada operação.

### Quadro 5: Identificação dos recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos necessários
Saúde e bem estar	Político ⑦ Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro ⑦ para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc
Saber +	Político ⑦ articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro ⑦ para aquisição e confecção de cartazes
"Comer bem e barato"	Político ⑦ Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro ⑦ para manutenção dos programas
"+ Conhecimento"	Cognitivo ⑦ Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro ⑦ Para confecção dos materiais educativos para os grupos.
"Cuidar melhor"	Político e financeiro ⑦ contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico).
"Viver melhor"	Político e financeiro ⑦ contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra).

Fonte: Própria autora (2017)

### 6.3 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO: ATORES E MOTIVADORES

Apresenta-se neste ponto os atores que atuam para que plano de ação possa ocorrer conforme o planejado, estabelecendo o papel de cada um no enfrentamento do problema.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

- **Motivação favorável:** o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.
- **Motivação indiferente:** o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.
- **Motivação contrária:** há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Há de se destacar aqui que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças.

**Quadro 6:** Análise da viabilidade do plano: atores e motivadores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde	Político Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos anti-tabagismo.	Sala de reuniões da ESF Seringueiras Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável  Favorável  Favorável	Carta de apresentação do projeto.   Requisição dos materiais

Saber +	Político →articulação intersectorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro para aquisição e confeccção de cartazes	Profissionais da área de educação  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais
“Comer bem e barato”	Político Pactuação com escolas, nutricionista para orientar os programas; Financeiro para manutenção dos programas	Secretaria de educação, nutricionista e agrônomo  Secretário de saúde.	Indiferente  Indiferente a favorável.	Carta de apresentação demonstrando benefícios.  Carta de apresentação demonstrando benefícios.
“+ conhecimento”	Cognitivo Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro Para confeccção dos materiais educativos para os grupos.	Integrantes da unidade;  Secretário de saúde.	Favorável  Favorável	Não é necessária  Requisição dos materiais
“Cuidar melhor”	Político e financeiro contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios
“Viver melhor”	Político e financeiro contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios

Fonte: Própria autora (2017)



## 6.4 PLANO OPERATIVO

Neste ponto, o gerente de operação (responsável) pela operação, define as metas e os prazos para que as estratégias sejam executadas, acompanhando a execução, buscando quando necessário apoio de outros colaboradores, delegando tarefas adequadamente, com vistas a atingir a maior produtividade possível, garantindo a eficiência do projeto.

**Quadro 7:** Plano operativo

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
+ Saúde	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e de pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano.	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas.	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais.	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação.  Início das atividades com dois meses.
Saber +	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e o médico.	Carta de apresentação imediata.  Início das campanhas com dois meses.

“Comer bem e barato”	Alimentação mais saudável a preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica	Programa de horta doméstica;	Carta de apresentação demonstrando culinária barata.	Agentes de saúde Parceiros das campanhas	Confecção da carta de apresentação. Treinamento dos agentes com 30 dias. Início dos programas com dois meses
“+ Conhecimento”	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	Requisição dos materiais	Enfermeiro	Confecção da carta de apresentação imediata. Início dos grupos operativos com 2 meses.
“Cuidar melhor”	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Agentes e enfermeiro.	Confecção da carta de apresentação imediato. Início das atividades com dois meses.
“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Enfermeiro e médico	Confecção da carta de apresentação. Início do acompanhamento com dois meses.

Fonte: Própria autora (2017)

## 6.5 CRONOGRAMA

**1ª Fase** – Elaboração do projeto e aprovação pela Secretária Municipal de Saúde;

**2ª Fase** – Treinamento da equipe; Montagem dos grupos operativos;

**3ª Fase** – Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual.

**4ª Fase** – Caminhada orientada; Grupos operativos; Consultas médicas para os tabagistas

**5ª Fase** – Programa Horta doméstica;

**6ª Fase** – Apresentação do trabalho de conclusão de curso

**7ª Fase** - Elaboração de trabalhos para apresentação em Eventos Científicos e redação de artigos científicos para publicação.

**Quadro 8:** cronograma das atividades

Atividades	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Fases	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
1ª	X	X	X	X		
2ª		X	X	X		
3ª			X	X		
4ª				X	X	
5ª				X	X	
6ª					X	
7ª					X	X

Fonte: Própria autora, 2017

## 6.6 GESTÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Nesse passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano. Os objetivos deste passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação e será realizada reuniões quinzenais com a ESF para avaliação e será utilizado o Quadro 8 como o cronograma de atividades.

**Quadro 9:** Acompanhamento do plano de ação

<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Avaliação</b>
1. Apresentação do projeto	Aprovação do projeto pelo Secretário de Saúde	Médica	Junho a Julho 2017	Médica
2. Requisição de materiais	Elaboração de cartazes e cartas de apresentação	Enfermeira	Junho a Julho 2017	Médica
3. Elaborar uma agenda programada para tabagistas “+ Saúde”	Agenda implantada	Enfermeira	Julho 2017	Médica
4. Avaliação do nível de conhecimento da população “Saber +”	Assuntos em temas com mais deficit na população	Médica	Junho de 2017	Médica
5. Implantar a caminhada orientada; grupos operativos; “+ conhecimento” “cuidar melhor”	Agenda semanal da caminhada e dos grupos operativos	Médica, enfermeiro a agentes comunitários de saúde	Agosto 2017	Médica
6. Programa de culinária barata “comer bem e barato”	Horta comunitária no posto	Médica, enfermeira e agentes comunitárias de saúde	Agosto 2017	Médica
7. Avaliar os pacientes com insônia e ansiedade	Acompanhamento com psicólogo e psiquiatra	Médica	Agosto 2017	Médica

Fonte: Própria autora, 2017

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A HAS, doença crônica de evolução silenciosa, cujo diagnóstico geralmente ocorre tardiamente, apresenta grandes dificuldades para conseguir a adesão ao tratamento por parte de seus portadores, apresentando para a Saúde Pública e seus colaboradores um grande desafio para conseguir modificar esse cenário, através de práticas educacionais que visem a conscientização de uma visão global do paciente hipertenso.

Assim, para que seja possível atingir os objetivos propostos neste trabalho é necessário que a Equipe de Saúde e o paciente estabeleçam um vínculo para que haja melhor comunicação e realização correta dos tratamentos propostos, sejam eles farmacológicos ou não, diminuindo as sequelas provenientes da HAS e também reduzindo o impacto socioeconômico.

Todavia, existem lacunas importantes nesta temática que precisam ser abordadas, principalmente no que tange sobre as soluções e estratégias para melhorar os resultados com os pacientes. Consideramos que a problemática está presente e propomos o plano de intervenção para que a equipe possa realizar ações mais profundas na população-alvo e mudar estes comportamentos que põem em perigo a vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, M.S.; REINERS, A.A.O.; MARCON, S.S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2006. [Série Cadernos de Atenção Básica no 15 - Série A. Normas e Manuais Técnicos]. [Acesso em 2017 nov. 22]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, A.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e promoção em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, 1997.

CECILIO, L. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, p.151-167, 1997.

CERVATO, A. M.; MAZZILLI, R. N.; MARTINS, I. S.; MARUCCI, M. F. N. **Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares**. Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 3, p. 227- 35 1997.

FERNANDES, N. F. **A importância da equipe de saúde e o atendimento contínuo para pacientes hipertensos: uma proposta de intervenção para o município de Igarapé, MG**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais.

GUIRADO, E.A. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac Sanit**. v. 25, n. 1, p. 62-7, 2011.

GUSMÃO, J.L., GINANI, G.F., SILVA, G.V., ORTEGA, K.C., MION, JR. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens**. v.16, n.1, p.38-43, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades Minas

Gerais. 2016. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270860&search=alagoas|sao-miguel-dos-campos>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MENDES, G.S., MORAES, C.F., GOMES, L. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010**. Rev. Bras. Med. de Família e Comun. V.9, n.32, 2014.

NOBLAT, A.C., LOPES, M.B., LOPES, G.B., LOPES, A.A.. Complicações da hipertensão em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arq. Bras. Cardiol.** V.83, n.4, p.308-13, 2004.

OBRELI-NETO, P.R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada.** v.13, n.3, p. 229-33, 2010.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): Organização Panamericana de Saúde; 2003.

PANIZ, V.M.V. et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. **Cad Saúde Pública.** v. 26, n. 6, p. 1163-74, 2010.

PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS. Site do município de Pará de Minas - MG. Disponível em <http://parademinas.mg.gov.br/>. Acesso em: 15 de junho 2016.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991. 286p.

PUCCI et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Rev Bras Cardiol.** v. 25, n. 4, p. 322-29, 2012.

REINERS, A.A.O.; NOGUEIRA, M.S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.1, p.59-65, 2009.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . VII diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, 2016.

STRELEC, M.A.A.M et al. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. . **Arq Bras Cardiol.** v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.



THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 19, no. 4, p. 585-667, 2012.

WOLF-MAIER, K., COOPER, R.S., KRAMER, H. BANEGAS, J.R., GIANPAOLI, S., JOFFRES, M.R., et al. Hypertension treatment and control in ve European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*. V.43, n.1, p.10-17, 2004.