

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

**IDALMIS MIRANDA HERNANDEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADESÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA  
DA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA – GOVERNADOR  
VALADARES/MG**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

**2015**

**IDALMIS MIRANDA HERNANDEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADESÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA  
DA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA – GOVERNADOR  
VALADARES/MG**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

**GOVERNADOR VALADARES-MG**

**2015**

**IDALMIS MIRANDA HERNANDEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR OS INDICADORES  
DE ADESÃO TERAPÊUTICA DOS HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA  
DA SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA – GOVERNADOR  
VALADARES/MG**

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

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

Dra. Flavia Casasanta Marini - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte - MG: 30 / 08 / 2015

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica está relacionada à grande morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por elevados gastos e múltiplas internações devido ao descontrole e a falta de tratamento adequado. Apesar do tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, conseguir o controle dessa doença, a adesão ao tratamento é baixa. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da população hipertensa adscrita ao território da Estratégia de Saúde da Família, Santa Efigênia do município Governador Valadares - MG. Foi realizada revisão de bibliografia recente relacionada ao tema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo e, paralelamente, construído um projeto de intervenção utilizando-se como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional, envolvendo a equipe de saúde da família da ESF Santa Efigênia. O projeto de intervenção incluiu estratégias para aumentar o conhecimento sobre a doença, estimular a mudança dos hábitos alimentares e realização de atividades físicas, além de ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe e reestruturação dos sistemas de referência e acompanhamento multidisciplinar. Com a execução do projeto espera-se que a equipe esteja mais capacitada para o atendimento e que os hipertensos adscritos da ESF Santa Efigênia mudem o comportamento, aumentando o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, objetivando diminuir as complicações cardiovasculares futuras.

Palavras-chave: "Adesão à Medicação", "Hipertensão" e "Saúde da Família".

## **ABSTRACT**

The Hypertension is related to a large number of cardiovascular morbidity, mortality. It is responsible for many expenses and hospitalization due to lack of control and lack of adequate treatment. Despite medication, and non-medication treatment get control of this disease, treatment adherence is low. This work presents an intervention project aimed at increasing adherence to medication and non-medication treatment of hypertensive population ascribed to the territory of de Health Unit of the Santa Efigênia, Governador Valadares - MG. Review of current literature related to the topic of poor adherence were performed and, in parallel, built an intervention project, using as the methodological basis Situational Strategic Planning involving the health family professionals of the Santa Efigênia. The project intervention included strategies to increase knowledge about the disease, to stimulate change in dietary habits and physical activities, as well as actions to reorganize the work process of health professionals and restructuring the references systems and multidisciplinary treatment. It is expected that health professionals become better able to care and that the ascribed hypertensive patients change behavior by increasing the degree of adherence to medication and non-medication treatment, aiming to reduce future cardiovascular complications.

Keywords: " Medication Adherence", "Hypertension" and "Family Health".

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AVE	- Acidentes Vasculares Encefálicos
CEABSF	- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DCV	- Doenças Cardiovasculares
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PA	- Pressão Arterial
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
ESF	- Estratégia Saúde da Família
PSF	- Programa Saúde da Família
SciELO	- Scientific Electronic Library Online
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Descrição do município de Governador Valadares-MG.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Planejamento Estratégico Situacional.....</b>	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Causas de Má Adesão ao Tratamento.....</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento.....</b>	<b>22</b>
<b>6. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Descrição do município de Governador Valadares - MG**

Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando destes cerca de 320 quilômetros. Sua população estimada pelo IBGE em 2014 era de 276.995 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2.348,1 km<sup>2</sup>. Desse total, 24.367 km<sup>2</sup> estão em área urbana. A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais (em 853); 579º de toda Região Sudeste do Brasil (em 1666 municípios) e o 1260º de todo Brasil (entre 5.507 municípios). Considerando apenas a educação o valor do índice é de 0,867, enquanto o do Brasil é 0,849, o índice da longevidade é de 0,720 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,730 (o do Brasil é 0,723). A cidade possui a maioria dos indicadores médios segundo o PNUD. A renda per capita é de 9 884,10 reais, a taxa de alfabetização adulta é 89,53% e a expectativa de vida é de 68,19 anos. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, é de 0,42, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor. A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 24,64% e a incidência da pobreza subjetiva é de 19,64%. De acordo com a prefeitura, o município teve em 2009 cerca de 135 pessoas em situação de rua. 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar.

A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. Seria lógico afirmar que essa



realidade, também vista no contexto de todo o território brasileiro, é fruto da histórica migração forçosa dos camponeses para os centros urbanos, a cidade de Governador Valadares em sua conformação foi marcada por intenso conflito agrário, na década de 30 existia na região um grande número de posseiros que foram expulsos do campo, para a extensão da pecuária, usando dos mais diversos artifícios, muitos deles violentos; sendo obrigados a migrar para a cidade. Atualmente, talvez a migração não seja tão significativa e não aconteça pelos mesmos motivos, mas ainda hoje, pela falta de condições de viver no campo e de trabalhar na terra, de ter acesso à educação e a saúde em seu próprio território, serviços esses que ao ser prestado consiga levar em consideração as especificidades do campo; e também pela pouca preocupação dos governos municipais, estaduais e federais não só de distribuir a terra, como também de dá condições para nela se viver dignamente, as famílias são obrigadas a deixar o campo.

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem 2 hospitais especializados (ambos privados) e 7 gerais, sendo 1 público, 2 filantrópicos e 4 privados. Governador Valadares conta ainda com 152 médicos cirúrgicos, 175 clínicos, 52 complementares, 73 obstétricos, 146 pediátricos e 1 de outra especialidade, totalizando 599. No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16.0.

O município ainda possui outros hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Beneficência Social Bom Samaritano, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS (Hemocentro Regional), a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional.

A ESF Santa Efigênia com uma extensão territorial de 0,129 km<sup>2</sup>, localizado na área urbana da cidade de Governador Valadares – MG, perfazendo uma distância de 2,5 km da unidade de saúde ao centro da cidade, tendo a Prefeitura Municipal como ponto de referência. Os bairros localizados na área de abrangência são Santa Efigênia (popularmente conhecido como Querosene), Monte Carmelo (também conhecido por Casinhas) e parte do bairro Santa Helena. No bairro Santa Efigênia, o relevo compreende um morro com uma parte plana próxima a um córrego canalizado margeando a Avenida Tancredo Neves e outra parte composta por subidas íngremes (Morro do Querosene); é constituído por várias ruas estreitas (populares becos), ruas pavimentadas com tráfego de veículos e ônibus regulares, sendo possível também o acesso ao bairro por diversas escadarias. O bairro Monte Carmelo, área cedida pela prefeitura onde foram construídas casas populares que foram dadas à população que ficou desabrigada com a pavimentação de ruas, construção de escadarias no morro do Querosene; apresenta terreno misto predominando área plana com pequenos morros, e ruas pavimentadas. Já na parte do bairro Santa Helena atendida pela ESF, o relevo é composto por um morro próximo ao bairro Santa Efigênia cujo acesso se dá pela Avenida Juiz de Fora.

O principal ponto de atenção à saúde é a própria ESF que se localiza na Avenida Tancredo Neves na parte plana e baixa do bairro Santa Efigênia. Na área de abrangência possui uma creche (CEMEI Rubens do Amaral), um centro social (Centro Social Padre Eulalio Lafuente) que ministra cursos profissionalizantes, uma associação de bairros com horta comunitária e quadra poliesportiva localizados no bairro Santa Efigênia. Além da quadra poliesportiva como área de lazer, há um campinho de futebol, que também é usado pelos carroceiros para o despejo de entulhos e lixo.

Não possui áreas de risco ambiental, assentamento e invasões. Existe entretanto áreas com aglomeração urbana com características similares a favelas e cortiços. O acesso se dá por ruas pavimentadas com transporte público presente. A malha viária é composta por escadas, ruelas (becos), ruas e uma pequena avenida de acesso (Avenida Tancredo Neves).

A religião mais praticada é a Evangélica.

Total da população cadastrada: 2597 pessoas, distribuídas em 5 micro áreas. A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde, dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, serviços gerais e possui adesão ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, sendo formado por fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social e educadora física.

Com a elaboração do Diagnóstico Situacional, realização de entrevistas e observação ativa foi possível apontar os principais problemas que atingem a população da ESF Santa Efigênia. O diagnóstico possibilitou melhor conhecimento em relação ao ambiente de trabalho e formular estratégias de melhoria para a unidade e população atendida. Os principais problemas identificados foram:

- 1- Alcoolismo em jovens e adultos.
- 2- Acúmulo de lixo.
- 3- Grande número de desempregados.
- 4- Gravidez na adolescência.
- 5- Demora em conseguir atendimento especializado.
- 6- Má adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso proposto.

Para se ter ideia da dimensão da baixa adesão ao tratamento de hipertensão na ESF Santa Efigênia dos 467 pacientes hipertensos cadastrados, nas consultas, e no grupo HIPERDIA apenas um 42% estavam controlados. Esse dado é extremamente preocupante no que tange às ações que deveriam ser desenvolvidas para aumentar a adesão ao tratamento e evitar futuras complicações. Um aumento da aderência ao tratamento, pode levar a importantes benefícios e redução do risco cardiovascular.

Dessa forma, é importante identificar os fatores envolvidos na má adesão ao tratamento e estratégias para corrigi-los, objetivando melhores controles pressóricos. O conhecimento das causas envolvidas neste problema permitirá a construção de um projeto de intervenção para os hipertensos adscritos na ESF Santa Efigênia.

## 1.2 Planejamento Estratégico Situacional

Em sistemas de saúde, um bom meio para garantir o sucesso de um projeto de intervenção é realizar planejamento. Segundo Campos, Farias e Santos (2010), planejamento é um cálculo situacional e sistêmico que articula o presente com o futuro, apoiado por teorias e métodos.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um dos tipos de métodos de planejamento e foi originalmente proposto pelo professor Carlos Matus, que foi Ministro de Economia e assessor direto do governo de Salvador Allende, ex-presidente de Chile (Campos, Farias e Santos, 2010).

Para Matus, o planejamento é fundamental para aumentar a capacidade de governo e governabilidade na resolução de um problema (Campos, Farias e Santos, 2010).

O PES caracteriza-se pela realização da análise situacional para identificação dos problemas, com a participação dos atores sociais envolvidos e elaboração posterior de projeto de intervenção sobre o problema. Ele possui quatro momentos: explicativo, que procura identificar, priorizar e analisar os problemas, normativo, que consiste na elaboração das propostas, estratégico, caracterizado pela análise das propostas elaboradas e formulação de estratégias para atingir os objetivos, e por último, tático-operacional, da execução, gestão, avaliação e acompanhamento do plano.

## 2. JUSTIFICATIVA

Durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelo médico da equipe da ESF Santa Efigênia, buscou-se desenvolver um projeto de intervenção sobre um problema escolhido pela equipe de saúde entre vários elencados, de acordo com a governabilidade da equipe. O problema escolhido foi a falta de adesão ao tratamento dos hipertensos, considerando critérios de relevância, urgência e capacidade de enfrentamento.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de saúde pública, por se tratar de uma doença de grande prevalência, e devido aos riscos, quando não controlada, de morbimortalidades cardiovasculares, principalmente infarto do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (AVE), os quais são as principais causas isoladas de óbitos atualmente.

Com prevalência de aproximadamente 30%, estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros tenham essa doença. Ela é responsável por 54% de todos os casos de AVE e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais (LANCET, 2008 apud SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010). Por ano, aproximadamente 400 mil brasileiros morrem devido a HAS (ALVES e CALIXTO, 2012).

Outro dado importante é sobre o grande número de internações e de gastos com essa morbidade, tanto pela doença quanto por suas complicações. Segundo dados do Datassem 2007, registraram-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares (DCV) no SUS, já em novembro de 2009, foram 91.970 internações por DCV, com custo de R\$165.461.644,33 (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Carvalho *et al.* (2012) apontam que a não adesão ao tratamento, além de aumentar os gastos em saúde pública, leva ao aumento de casos de intoxicações pelo uso irracional de medicamentos.

De acordo com Scotti L *et al.* (2013), embora o aumento da aderência ao tratamento para hipertensão aumente o custo da compra dos medicamentos, pode levar a importantes benefícios em reduzir o risco cardiovascular.

Todavia apesar de sua importância, os percentuais de controle de pressão artéria (PA) são muitos baixos (20% a 40%), devido à baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

Nesse sentido, com a adesão ao tratamento os pacientes conseguirão controlar os níveis de hipertensão evitando as consequências negativas de morbimortalidades cardiovasculares, em como viver com mais qualidade por meio da mudança do estilo de vida.

A construção de um projeto de intervenção facilitará este manejo pela equipe da ESF Santa Efigênia com os pacientes hipertensos não aderentes ao tratamento.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Propor plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, adscritos na ESF Santa Efigênia, do município Governador Valadares.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar os fatores causais envolvidos com a má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos por meio da literatura.
- Conhecer estratégias já existentes na literatura para aumentar a adesão terapêutica anti-hipertensiva.
- Propor intervenções visando o aumento da adesão ao tratamento dos hipertensos.

#### 4. METODOLOGIA

Realizou-se revisão bibliográfica narrativa, através de consulta de artigos científicos com os descritores “adesão à medicação” e “hipertensão” nas bases de pesquisa do Bireme, LILACS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medline, dos anos de 2012 e 2013. Também foi consultado o último consenso brasileiro de hipertensão, de 2010, das sociedades brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e de nefrologia e as Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes da Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. Além disso, foram utilizados os textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF-UFMG) e dois Trabalhos de Conclusão de Curso, relacionadas ao tema, encontrados na biblioteca virtual da UFMG: “Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo - Município de Teófilo Otoni-MG”, Araújo (2010), e “Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica”, Cardoso (2011).

Os textos foram avaliados quanto à relevância e relação com os objetivos propostos, isto é, sobre as causas citadas na literatura para o problema da má adesão terapêutica e estratégias já existentes para intervenção. Após análise, serviram de referencial teórico para o estudo.

Os dados iniciais, sobre a cidade de Governador Valadares - MG, foram obtidos de descrições do IBGE, do Relatório Anual de Gestão do ano de 2012, além de dados observados do cotidiano do trabalho na equipe da ESF Santa Efigênia.

Após a revisão narrativa, a ESF Santa Efigênia elaborou um Plano de Ação para abordagem do problema, utilizando-se a metodologia Planejamento Estratégico Situacional (PES).



## 5. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 5.1 Causas de Má Adesão ao Tratamento

A HAS é definida como uma condição caracterizada por aumento sustentado dos níveis de PA.

Considera-se HAS quando os níveis de PA sistólica estão  $\geq 140$  mmHg e os PA diastólica estão  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS tem alguns fatores de riscos como genéticos e ambientais, esses últimos envolvem alimentação com excesso de sal, alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Além do uso das diversas classes de medicamentos anti-hipertensivos, a mudança do estilo de vida, com alimentação saudável, cessação do tabagismo e do estilismo e a prática de exercícios físicos conseguem reduzir os níveis de PA (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A adesão terapêutica dos pacientes é um desafio no contexto da Atenção Primária de Saúde.

Adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre as recomendações médicas e da equipe de saúde e o comportamento da pessoa "representado pela ingestão de medicação e o seguimento da dieta e as mudanças do estilo de vida "(GUSMÃO, 2006 apud CARDOSO, 2011).

O controle da HAS está interligado a intensidade da adesão ao tratamento proposto e à taxa de abandono, grau máximo da falta de adesão, que cresce com o tempo de tratamento.

Diversos são os fatores relatados como possíveis causas da má adesão. Na ESF Santa Efigênia, durante reunião, os ACS listaram dois motivos identificados pela observação direta: hipertensos com comorbidade de alcoolismo e hipertensos idosos sem cuidadores para administrar remédios.

A influência negativa do uso de bebidas alcoólicas também foi vista no trabalho de Giroto (2013) e no trabalho de Leão e Silva *et al.* (2013). Dessa forma, os idosos deixam de usar a medicação para ingerir bebidas alcoólicas.

Leão e Silva *et al.* (2013), em pesquisa qualitativa com idosos, verificaram que estes pacientes possuem conhecimento adequado sobre o tratamento, no entanto, são impulsionados a agirem de acordo com suas opiniões e experiências compartilhadas socialmente, construídas ao longo do tempo.

Estes autores (LEÃO E SILVA *et al.*, 2013) delineiam mais outras causas de má adesão, as quais são mostradas a seguir:

- Considerar a HAS como uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Dessa forma, acreditam que em vez de tomar o medicamento para reduzir a pressão devem buscar outros meios de aliviar seu estado emocional momentâneo como desentendimentos, raiva, tristeza e decepção por meio de conversas com amigos e parentes, ou dormir bem.
- A condição socioeconômica desfavorável pode dificultar adesão ao tratamento não medicamentoso, pois segundo os idosos daquela pesquisa aos alimentos saudáveis são mais caros. O grupo que menos aderiu ao tratamento possuía maior proporção de classe socioeconômica mais baixa (64,2%).
- Devido a HAS ser silenciosa e crônica, o "sentir nada" é visto como não ter a doença, não sendo necessário usar a medicação.
- Considerar a realização de exercícios físicos desagradável.
- O estado fisiológico de idosos, alguns relataram esquecimento, dificuldades em relação ao número de medicamentos, complexidade de regimes terapêuticos.
- As crenças e práticas culturais em relação ao tratamento, uma vez que acreditam que chás de origem caseira produzidos com folhas e frutos regionais são tão bons quanto a tratamento medicamentoso.

As medidas não farmacológicas para diminuir a pressão são muito importantes, no entanto, são baixas as taxas de adesão à atividade física. No trabalho de Giroto *et al.* (2013), apenas 17% a realizam regularmente.

Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para melhora das condições físicas e psicológicas. Estes autores ainda citam a Política Nacional de Promoção à Saúde, a qual refere que as atividades físicas devem fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e que se devem buscar parcerias intersetoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população.

Estes autores ainda encontraram que os exercícios físicos são feitos mais pelos homens que pelas mulheres, e inferem que este achado pode significar que a alta jornada de trabalho das mulheres pode ser um fator causal.

No trabalho de Giroto *et al.* (2013), embora a adesão a dieta tenha sido alta (69,5%), os autores ressaltaram que, em geral, os pacientes entendem mudança somente ao que se refere a redução de consumo de sal, gorduras, doces e açúcares, porém a mudança dos hábitos alimentares requer ainda o consumo de frutas, hortaliças, verduras, legumes, que são alimentos protetores.

Ribeiro *et al.* (2012) enfatizam a necessidade de acompanhamento especializado por nutricionista, referindo que os profissionais de saúde não têm formação adequada para orientações nutricionais, muitas vezes abordando este aspecto do tratamento de forma equivocada. Eles verificaram também, que, além da melhora no controle da pressão arterial, a dieta adequada esteve relacionada à melhora do sono e do funcionamento intestinal de pacientes hipertensas em sua pesquisa.

Apontaram ainda, que o consumo de frutas, verduras e legumes é menor naqueles com menor escolaridade e renda. Isso pode explicar, em parte, a baixa adesão à dieta dos pacientes adscritos na ESF Santa Efigênia, que tem perfil semelhante por serem de baixa renda e escolaridade.

Carvalho *et al.* (2012) concluíram em sua pesquisa que os hipertensos que são diabéticos são os mais aderentes.

De forma semelhante, Giroto *et al.* (2013) relataram que quanto maior a faixa etária maior a adesão, podendo entender que as pessoas idosas por terem

maior prevalência de doenças crônico-degenerativas estão mais preocupadas com sua saúde, então acompanham os serviços mais regularmente, assim maior controle da HAS. Assim, deve-se garantir o acesso às consultas para obter maior adesão ao tratamento.

Giroto *et al.* (2013), citam ainda como fatores causais: achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos, indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utilizá-los apenas quando se sentem mal. Eles concluíram também que o acesso aos serviços e profissionais de saúde contribuem para melhora da adesão.

Os autores Lewis, Ogedgbe C. e Ogedgbe G. (2013) recomendam rastrear depressão nos pacientes hipertensos, uma vez que esta morbidade influencia na adesão ao tratamento.

Carvalho *et al.* (2012) referem que as principais causas de má adesão, quando avaliaram pacientes com o teste de Morisky-Green (escala validada que avalia o grau de adesão) foram o esquecimento ou o atraso do uso das medicações, sendo fáceis de serem resolvidos, pois são comportamentos involuntários, comparados com atitudes intencionais.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sintetizam os fatores causais: psicossociais, estresse emocional, baixa autoestima ligados ao desencadeamento e a manutenção da HAS; fatores ligados ao tratamento: dosagem e posologia de difícil administração; fatores educacionais: falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos: baixa renda para adquirir a medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, relação ruim com os profissionais de saúde, dificuldade de marcação de consultas, tempo prolongado de atendimento, falta de equipe multidisciplinar e a falta de busca ativa dos pacientes; fatores ligados às medicações: efeitos colaterais, e interferência na

qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

A literatura ainda cita métodos para se diagnosticar a adesão à medicação, tanto para o tratamento medicamentoso quanto para o não medicamentoso. No tratamento medicamentoso, o método direto de medida sérica dos fármacos, embora seja o mais fidedigno, é o menos prático. Já os métodos indiretos são os mais utilizados, podem se basear em questionários de auto relatos, como os de Morisky-Green de 4 itens ou o modificado de 8 itens, com perguntas sobre aspectos que denotam má adesão, ou por monitoramento eletrônico através de microchips ligados aos frascos dos medicamentos, por contagem manual de pílulas ou por registros de dispensação na farmácia. Para o tratamento não medicamentoso (alimentação e atividades físicas) também há questionários disponíveis (SANTOS *et al.*, 2013).

## 5.2 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento

Diante dos problemas identificados como causadores da má adesão e sua consequência negativa, os desfechos de morbimortalidade cardiovascular, faz-se necessário traçar estratégias que aumentem a aderência ao tratamento.

É fundamental que o hipertenso tenha conhecimento a respeito de seu processo de saúde-doença para aumentar a sua adesão e, por conseguinte, o controle da doença. O empoderamento leva a percepção e a conscientização do controle do próprio corpo, permitindo o autocuidado em saúde e estimula a mudança comportamental, melhorando a adesão ao tratamento. Dessa forma, as equipes da ESF devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o portador de HAS tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar o autocuidado (RIBEIRO, 2012).

Lopes (2008), citado em Cardoso (2011), define autocuidado como a "prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar". O autocuidado é influenciado pelas habilidades, limitações, valores e regras do indivíduo (DUPAS, 1994 apud CARDOSO, 2011).

Segundo Ribeiro *et al.* (2012), a adesão está intimamente relacionada ao "reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição, de saúde bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis".

Como a HAS é assintomática na maioria das vezes, sem modificar a prática das atividades da vida diária, isso pode interferir na realização do autocuidado. Dessa forma, é necessário que haja correta orientação sobre a hipertensão e as suas consequências se descontrolada (LOPES, 2008 apud CARDOSO, 2011).

Além disso, a participação da família é fundamental, pois as mudanças nos hábitos de vida muitas vezes exigem a transformação dos costumes de toda a família. Ela é o suporte social para motivar a mudança dos hábitos de vida (RIBEIRO, 2012).

Para esses autores, o vínculo é um princípio para o aumento da adesão ao tratamento, pois induz confiança e corresponsabilização do paciente. Esse aspecto foi demonstrado naquele trabalho, por meio de visitas domiciliares, consideradas como espaço privilegiado para realizar orientações com a família, envolvendo a todos no processo terapêutico. Assim, Ribeiro *et al.* sugerem a estratégia de adotar o cuidado domiciliar (*home care*), para ajudar no aumento da adesão terapêutica.

Carvalho *et al.* (2012) prezam pelo estabelecimento de relação confiável entre o usuário e os profissionais de saúde, com finalidade de melhorar a adesão, assim como desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, com a necessidade de fortalecer as ações da Atenção Básica.

O uso das tecnologias de grupos operativos pode contribuir para adesão ao tratamento, pois ajudam a complementar ações individuais, propiciando que os usuários compartilhem experiências, criem vínculos e sintam acolhidos pela equipe de saúde. Além disso, montar uma linha de cuidado, valorizando as individualidades também pode ser benéfico (GIROTTTO *et al.*,2013).

Outras estratégias também são sugeridas por Santos *et al.*,2013: educação em saúde sobre o paciente (ensino didático), sobre o profissional de saúde (tutoriais), estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses), auto monitoramento domiciliar da PA,uso das tecnologias da informação e comunicação (como o monitoramento eletrônico das doses dos medicamentos), maior interatividade nas relações entre médico-paciente e o uso da telessaúde para encurtar as distancias dos especialistas.

A simplificação do regime terapêutico, por meio de número menor de tomadas, é a medida de maior impacto para aumentar a adesão, além de diminuir efeitos colaterais de uso de muitos medicamentos (CARDOSO, 2011).

O uso de linguagem simples, sem termos técnicos, adequados aos usuários, facilita o entendimento, assim como clareza nas receitas médicas, que devem ser legíveis (CARDOSO, 2011).

A abordagem multidisciplinar com nutricionistas, farmacêuticos, educador físico, e consultas com enfermagem são importantes. Os enfermeiros podem atender a pacientes hipertensos em consulta de enfermagem. Os farmacêuticos podem esclarecer sobre o uso adequado dos medicamentos, como número de tomadas diárias, duração do tratamento e acondicionamento das drogas. Os nutricionistas podem estimular o consumo de alimentos adequados disponíveis à época do ano, informar sobre a medida correta do uso de sal, propor o consumo de alimentos cardioprotetores. Já o educador físico pode orientar sobre a forma correta de realização de atividades físicas, como caminhadas orientadas, que complementem a prescrição médica (CARDOSO, 2011).

Em se tratando de uma doença que na maioria das vezes é silenciosa, deve-se adotar medidas de rastreio da HAS na população considerada hígida, pois a HAS tratada no estágio inicial diminui o risco de haver lesão de órgãos-alvo. Além disso, esses pacientes, por estarem assintomáticos, têm maior chance de não adesão ao tratamento (GIORGIO, 2006 apud CARDOSO, 2011).

Os pesquisadores Glynn *et al.*(2010) afirmam que as equipes de Saúde da Família devem organizar um sistema de acompanhamento regular e de revisão de seus pacientes hipertensos. Para eles, ainda, o auto monitoramento dos níveis de PA e a utilização de lembretes podem ajudar no aumento da adesão por parte dos pacientes, porém exigem avaliação mais aprofundada. Péres (2003), citado em Cardoso (2011), propõe ainda: a realização de processo educativo, que contemple o conhecimento das atitudes, pensamentos, crenças e práticas da população hipertensa adscrita, o incentivo a sua participação ativa no tratamento, ter adequada relação profissionais de saúde-paciente, realizando acolhimento, utilizando de escuta a fala acessíveis, buscar participação familiar e desenvolver os aspectos cognitivos e psicossociais da população assistida.

Através dessas estratégias mencionadas por vários autores, pretende-se que a equipe de Saúde de Santa Efigênia desenvolva seus próprios projetos para solucionar o problema de má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.



## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Os problemas sugeridos pela equipe de saúde foram avaliados segundo o grau de urgência (de 0 a 5), relevância (alta, média ou baixa) e capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento), constituindo o primeiro passo do planejamento. A partir desses critérios, o problema: má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos hipertensos foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para ação, além de ser comum a todas as comunidades. (TAB.1)

**Tabela 1- Priorização dos Problemas enfrentados pelas comunidades adscritas na ESF Santa Efigênia (Segundo passo do Planejamento Estratégico Situacional)**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>Relevância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Ordem de prioridade</b>
Má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por hipertensos	alta	5	dentro	1º
Alcoolismo	alta	4	dentro	2º
Gravidez na adolescência	alta	4	dentro	3º
Demora em conseguir atendimento especializado	média	3	parcialmente dentro	4º
Grande número de desempregados	média	2	parcialmente dentro	5º
Acumulo de lixo	média	2	fora	6º

Para abordar o problema escolhido, devem-se corrigir suas causas, mas para isso, é preciso identificar aquelas que são as principais e que originam o

problema, chamadas de nós críticos.

A própria equipe de saúde, com a participação da enfermeira, técnica em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e médico, após análise do problema identificou os nós críticos relacionados com a má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos hipertensos, os quais foram:

- Desconhecimento sobre a doença (por ser assintomática e crônica).
- Hábitos e estilos de vida (não saudáveis, falta de autocuidado).
- Fatores psicossociais (negação da doença).
- Processo de trabalho da equipe de saúde (relacionamento com a equipe de saúde, capacitação aos Agentes Comunitários de Saúde sobre o tema).

Após a identificação dos nós críticos relacionados ao problema da má adesão ao tratamento dos hipertensos, a equipe de saúde da ESF Santa Efigênia construiu quatro operações que constituíram o projeto de intervenção:

- 1. Educar é Saúde**
- 2. Fazer Caminhadas**
- 3. Horta Familiar e Comunitária**
- 4. Capacitando a Equipe**

Em relação ao primeiro nó crítico, o desconhecimento sobre a Hipertensão Arterial Sistemática (HAS), montou-se a operação intitulada **Educar é Saúde**, com o objetivo de aumentar o conhecimento dos hipertensos sobre essa doença. Com o projeto espera-se que os pacientes conheçam os riscos do descontrole da HAS e que essa doença é silenciosa, assim, mesmo sem ter sintomas, se descontrolada implica em complicações importantes. Espera-se ainda que aumentem a participação nas reuniões dos grupos operativos. Para a primeira operação, são necessários recursos, como salas para reuniões, ajuda financeira para obtenção dessas salas, o conhecimento e habilidades de comunicação, habilidades pedagógicas e buscar parceiras, como por exemplo a prefeitura.

O nó crítico hábitos e estilo de vida não saudáveis foi abordado por meio de duas operações: **Caminhadas e Horta Familiar e Comunitária**. A realização das caminhadas visa combater o sedentarismo que é o fator de risco para HAS e que piora o seu controle. Assim espera-se que aqueles pacientes que não tenham contraindicação a realizar caminhadas após avaliação médica, pratiquem pelo menos 3 vezes por semana caminhadas por meia hora (mínimo recomendado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Sociedade Brasileira, 2010). No entanto para conseguir isso, é preciso a participação de profissional educador físico, organizar as caminhadas, ter parceria intersetorial, mobilização dos pacientes, além de conhecimento sobre o tema.

Já com a **Horta Familiar e Comunitária**, objetivou-se estimular a mudança dos hábitos alimentares, de forma que adquiram o hábito de consumir vegetais, legumes, hortaliças. Assim, os pacientes farão hortas em suas próprias casas. Também seriam feitas hortas maiores, comunitárias. Secundariamente, esse projeto pode até criar emprego e geração de renda com a venda dos produtos. Os recursos necessários para o projeto são: conseguir espaço para as hortas comunitárias, buscar conhecimento sobre o tema, realizar parceria intersetorial, com ajuda de técnico agrícola, parceria com associações comunitárias e prefeitura, mobilização dos pacientes, conseguir recursos para a compra de sementes. A mudança de estilo de vida, com alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos também será abordada nos grupos operativos e em palestras nas escolas, após conseguir parceira com esse setor.

A última operação foi chamada **Capacitando a Equipe** tendo por finalidade melhorar o processo de trabalho da equipe, capacitando-a para o atendimento aos hipertensos. Serão necessários recursos cognitivos, em relação ao conhecimento e a informações sobre o tema, apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde (recurso político).

Os aspectos psicossociais que envolvem a HAS, e que podem influenciar na adesão ao tratamento, também foram considerados como um dos nós críticos. Porém, não foi construída uma operação específica para ele. Esse

tema será trabalhado durante as reuniões de equipe e durante o atendimento aos pacientes com as tecnologias para abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade: visita domiciliar, consultas, acolhimento e grupos operativos.

Após a montagem das operações, discriminou-se os recursos críticos, aqueles que são indispensáveis para a execução das operações e que não estão disponíveis, assim a equipe deve criar estratégias para viabilizá-los.

Além desse passo, verificou-se a viabilidade do plano, identificando os atores que controlam os recursos críticos, analisando sua motivação e traçando estratégias para motivá-los, como demonstrado abaixo (quadro 1 a 4). O nono passo do PES (Planejamento Estratégico Situacional) consistiu na elaboração do plano operativo, elencando os responsáveis para o projeto e definindo os prazos (quadro 5 a 8).

Para que as ações aconteçam é preciso realizar o último passo do método PES, a gestão do plano, no momento tático-operacional. Uma boa gestão do plano facilitará o seu sucesso.

#### **Quadro 1- Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Educar é Saúde**

Recursos críticos		Político: parceira com prefeitura para obter salas Financeiro: recursos para obter salas
Controle dos Recursos Críticos	Ator que controla	Prefeitura
	Motivação	Favorável
Ação estratégica		Apresentar o Projeto

**Quadro 2- Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Fazer Caminhadas**

Recursos críticos		Organizacional: Apoio profissional educador físico Político: parceira intersetorial, mobilização dos pacientes
Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Secretaria de educação Prefeitura Secretaria municipal de Saúde
	Motivação	Secretaria de educação: Indiferente Prefeitura e Secretaria Municipal de saúde: favoráveis
Ação estratégica		Apresentar o projeto

**Quadro 3- Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Horta Familiar e Comunitária**

Recursos críticos		Organizacional: conseguir espaço para as hortas comunitárias Político: parceria intersetorial (técnicos agrícolas), mobilização dos pacientes Financeiro: recurso para compra de sementes
Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Prefeitura
	Motivação	Favorável
Ação estratégica		Apresentar o projeto Apoios das associações comunitárias

**Quadro 4- Identificação dos Recursos Críticos e Análise da Viabilidade do Plano para Operação Capacitando a Equipe**

Recursos críticos		Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais para capacitação Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas
Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Prefeitura Secretaria municipal de saúde
	Motivação	Favoráveis
Ação estratégica		Apresentar o projeto

**Quadro 5- Elaboração do Plano Operativo: Operação Educar é Saúde**

Resultados	Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre os riscos do descontrole da HAS
Produtos	Hipertensos frequentando reuniões; Aumento da adesão ao tratamento
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Equipe de Saúde da família
Prazo	Montar o projeto em 2 meses. Início em 4 meses

**Quadro 6- Elaboração do Plano Operativo: Operação Caminhada**

Resultados	Combater o sedentarismo
Produtos	Maioria dos pacientes hipertensos que não tenham contra-indicação praticando caminhada orientada
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Equipe de Saúde da família
Prazo	Montar o projeto em 2 meses. Início em 4 meses

**Quadro 7- Elaboração do Plano Operativo: Operação Horta Familiar e Comunitária**

Resultados	Mudanças dos hábitos alimentares
Produtos	Pacientes fazendo hortas em suas casas, além de hortas comunitárias. Secundariamente geração de emprego e renda
Ações estratégicas	Apresentar o projeto Apoio das associações comunitárias
Responsável	Equipe de Saúde da família Secretaria municipal de saúde
Prazo	Montar o projeto em 3 meses. Apresentar o projeto em 4 meses. Início das atividades em 5 meses

**Quadro 8- Elaboração do Plano Operativo: Operação Capacitando a Equipe**

Resultados	Equipe capacitada no atendimento
Produtos	Capacitar a equipe
Ações estratégicas	Apresentar o projeto
Responsável	Médico e enfermeiro
Prazo	Montar o projeto em 2 meses

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão literária mostrou a importância de se conseguir o aumento da adesão ao tratamento de hipertensão, por meio de ações interdisciplinares e cuidados integrais, que considerem o indivíduo hipertenso e seu contexto social, econômico e cultural. Essas medidas reduzirão a morbimortalidade por complicações cardiovasculares e aumentarão a qualidade de vida.

Uma boa gestão do plano garantirá o seu sucesso. Assim, deve-se acompanhá-lo e avaliá-lo frequentemente. É fundamental que toda a equipe esteja envolvida e motivada a trabalhar, determinando coordenadores para cada projeto.

Deve-se então, efetuar monitoramento das ações dos planos com frequência regular, avaliando o que já foi feito, quais os motivos dos possíveis atrasos ou falhas. Estabelecer prazos e verificar, antes de terminados os prazos, se eles serão ou não cumpridos no tempo inicialmente proposto. Estar dispostos a reorganizar o planejamento, corrigindo possíveis erros e traçando novas metas de acordo com as necessidades, além de apresentar os resultados (mesmo os parciais) como forma de prestação de contas e até de incentivo a equipe.

A melhor forma de avaliar o projeto é se as ações estão conseguindo atingir os objetivos e se os usuários dos serviços de saúde estão satisfeitos com os resultados. Isso será feito com avaliação dos dados do SIAB, verificação do cartão de acompanhamento de pressão arterial dos pacientes e pela observação nos grupos operativos. Os problemas foram elencados pelos ACS que são bons representantes das comunidades e atores sociais envolvidos, então eles foram considerados no trabalho como os informantes-chaves, ademais os líderes comunitários.

Este trabalho tem o mérito de abordar uma doença muito prevalente, com conceitos embasados na literatura recente, na implantação de um bom protocolo e de uma equipe melhor capacitada para o trabalho.



## REFERÊNCIAS

ALVES, B. CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, v.30, n3, p255-60, 2012.

ARAUJO, KG. Plano de Intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial em idosos no PSF São Jerônimo - Município de Teófilo Otoni-MG. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni. 2010.

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

CARDOSO, G.N. **Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885 - 92, 2012.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763 - 72, 2013.

GLYNN L. G et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane database of Systematic Reviews**, v. 17, n.3, mar. 2010.

Divisão Territorial do Brasil Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1º de julho de 2008). Página visitada em 11 de outubro de 2008.

Cidades. Net. Governador Valadares - MG. Página visitada em 13 de maio de 2010.

LEÃO e SILVA, L. O. et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.227 - 42, 2013.

LEWIS, L. M.; OGEDEGBE, C.; OGEDEGBE, G. Enhancing adherence of antihypertensive regimens in hypertensive African - Americans: current and future prospects. **Expert Review Cardiovascular Therapy**, v.10, n.11, p.1375 - 80, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

RIBEIRO, A. G et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v.25, n.2, p.271 - 82, mar./abr., 2012.

SALA de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <http://189.28.178/sage/>. Acesso em: 30 mar. 2013.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.11, n.1, p. 55 - 61, 2013.

SCOTTI, L. et al. Cost-effectiveness of enhancing adherence to therapy with

blood pressure-lowering drugs in the setting of primary cardiovascular prevention. **Value Health**, v.16, n.2, p. 318 - 24, 2013.

SISTEMA de informação da Atenção Básica - SIAB. **Informações em Saúde**. Consultado em: abr.2013.

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