

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO - UFTM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
- CEABSF**

Susana Alves Araújo

**Proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento
anti-hipertensivo no PSF Algodão em Girau do Ponciano-AI**

**Maceió - AI
2014**

Susana Alves Araújo

Proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo no PSF Algodão em Girau do Ponciano-AI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa

**Maceió - AI
2014**

Susana Alves Araújo

Proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo no PSF Algodão em Girau do Ponciano-AI

Banca Examinadora

Prof. Msc. Laís de Miranda Crispim Costa (UFAL)

Prof. Sabrina J F Neves

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 / 02 / 2014

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica com alta incidência e morbimortalidade. Seu tratamento exige mudanças no estilo de vida e ingestão medicamentosa, onde a adequada adesão a este tratamento pode ser determinante na qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo na comunidade propor um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na comunidade cadastrada na unidade básica de saúde do Algodão, do município de Girau do Ponciano – Alagoas. Trata-se de um estudo descritivo, com revisão de literatura e elaboração de um plano operativo. Observou-se que os principais determinantes para a não adesão ao tratamento estão relacionados com o baixo nível de escolaridade da comunidade, a dificuldade de locomoção até a unidade de saúde, a carência de agentes comunitários de saúde atuantes, a diminuição das atividades educativas e a inexistência de um livro reunindo todos os dados dos hipertensos da unidade. O plano operativo propõe: 1) a melhora na educação de adultos e idosos, incluindo atividades sobre a Hipertensão, através da escola integral e da maturidade; 2) a efetivação de um transporte público de qualidade e abrangente à população da zona rural, com uma rotatividade programada; 3) a seleção de novos agentes comunitários, através de concurso público ou processo seletivo e 4) a elaboração do livro de hipertensos com informações detalhadas sobre cada paciente.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica; Adesão ao tratamento; Projeto de intervenção.

ABSTRACT

Arterial hypertension is a chronic disease with high incidence and morbidity. Its treatment requires changes in lifestyle and medication intake where appropriate adherence to this treatment may be a determinant in the quality of life of patients. This study aims to propose a plan in community intervention to improve adherence to antihypertensive treatment in registered community in basic health unit of Cotton , the municipality of Girau do Ponciano - Alagoas . This is a descriptive study based on literature review and development of an operating plan. It was observed that the main determinants for non-adherence to treatment are related to the low level of education of the community , the difficulty of getting out to the health facility , lack of community of active health, reduce educational activities and the lack a book containing all the data of hypertensive unit . The operating plan proposes : 1) the improvement in the education of adults and seniors , including activities on Hypertension , through comprehensive school and maturity ; 2) the realization of a quality public transportation to and inclusive of the rural population , with a scheduled rotation , 3) selection of new community workers , through public tender or selection process , and 4) the development of hypertensive book with detailed information about each patient .

Descriptors: Hypertension; Adherence to treatment; Project intervention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
JUSTIFICATIVA	9
OBJETIVOS	10
REVISÃO DE LITERATURA	11
Hipertensão Arterial Sistêmica:	11
Hipertensão Arterial: Problema de Saúde Pública	15
Hipertensão Arterial: adesão ao tratamento	16
METODOLOGIA	18
RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
Discutindo o plano Operativo:	24
CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

INTRODUÇÃO

Girau do Ponciano é uma cidade localizada no Estado de Alagoas, na região Agreste, a 161 km de Maceió e a 27 km de Arapiraca, da qual é uma microrregião. Tem grande parte do seu território em Zona Rural e, do total de cerca de 38.000 habitantes, quase 70% encontra-se localizada na área rural. Possui um grande território, ocupando 500,62 km² de extensão. O nível de analfabetismo é alto e tem como principais atividades laborativas a agricultura, a pecuária e o comércio (IBGE, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Algodão está localizada no povoado Algodão, zona rural de Girau do Ponciano, distante da cidade 9 km. Oferece atendimento aos moradores do povoado Algodão e mais 15 povoados e assentamentos adjacentes. O acesso à unidade é por estradas de barro e pedras em péssimo estado. Conta com uma equipe composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que apenas 2 são atuantes. Possui cerca de 440 famílias cadastradas e distribuídas em seis microáreas. Todas as famílias moram em sítios e fazendas distantes da cidade, de baixa renda, e a maioria não dispõe de meio de transporte para se locomover.

O posto volante beneficia o atendimento apenas de uma microárea. As demais não possuem acesso ao posto, ou o acesso é bastante dificultoso. Para permitir a assistência a essas cinco microáreas, o atendimento foi redirecionado para o Centro de Saúde da zona urbana, dividindo o prédio com três equipes que cobrem as famílias da zona urbana.

Na UBS Algodão são identificados diversos problemas relacionados à saúde da comunidade assistida. Alguns dos problemas estão interligados com outros como causa-consequência, como num ciclo único, onde a piora de um leva a piora do outro e vice e versa.

A comunidade assistida pela UBS Algodão encontra-se espalhada por um território muito extenso, na zona rural, em sítios e fazendas, a quilômetros de distância da unidade. A grande maioria da população não consegue se locomover até o posto, por morar em sítios muito distantes e por não possuírem meios de transporte para se locomoverem. Os agentes comunitários de saúde tem dificuldade de chegar até essas famílias mais distantes, devido ao estado precário das estradas de barro que dão acesso aos sítios, bem como a não disponibilização de transporte

por parte da gestão, como por exemplo, motocicletas, que auxiliariam nas visitas dos ACS até as famílias.

Essa dificuldade de acesso, tanto da parte dos pacientes até o posto, como da parte dos agentes até as famílias, dificulta a implantação de um cronograma de atendimento dividido e direcionado para os grupos de hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças e seu desenvolvimento, idosos, entre outros. Ou seja, a marcação de consultas é voltada praticamente para a demanda espontânea, onde o paciente busca atendimento para tratar de uma patologia específica, que o está incomodando agora. Não é possível implantar um programa de prevenção e promoção de saúde nesse padrão de atendimento.

Durante os atendimentos diários estima-se uma alta incidência de afecções acometendo a faixa etária infanto-juvenil, a maioria delas relacionadas à falta de saneamento básico (água não tratada, ausência de esgotamento sanitário e coleta de lixo). São as doenças infecto-parasitárias, os processos alérgicos e as infecções respiratórias as patologias mais frequentes nas crianças. Além disso, observa-se uma dificuldade no controle das doenças osteoarticulares e neuropsiquiátricas, evidenciando um uso abusivo de antiinflamatórios e medicações controladas, como benzodiazepínicos e ansiolíticos.

Mas o destaque encontra-se na dificuldade do paciente hipertenso em aderir ao tratamento, dificultando o controle da doença, aumentando o risco de eventos cardiovasculares irreversíveis.

Sabe-se que o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas que exigem um elevado grau de envolvimento ativo do paciente. Além disso, o paciente requer um cuidado especial da equipe de saúde da família, buscando saber quais são as dificuldades enfrentadas pelo hipertenso, bem como todos os fatores envolvidos no seu tratamento. Porém, esse cuidado encontra-se deficitário em consequência da dificuldade de acesso ao posto e da falta de conhecimento da doença, dentre outros fatores (TOSCANO, 2004).

Outro problema, que está relacionado ao acima citado, é a falta de recursos humanos. Atualmente, a comunidade está coberta apenas com dois agentes de saúde atuantes: dos seis que são direcionados para o Algodão, um encontra-se afastado por problemas de doença, outro por desvio de função e outros dois por ter

finalizado o contrato e expirado o período da prova seletiva para o cargo. Ou seja, boa parte da comunidade encontra-se descoberta pelo ACS, dificultando a organização do serviço e o fluxo de marcação de atendimentos. Muitas famílias perderam o contato com a equipe de saúde. Muitos hipertensos estão há meses sem consulta de acompanhamento e muitos idosos não estão sendo visitados em seus domicílios.

Além do exposto, o posto não possui estrutura física adequada para o funcionamento como uma Unidade Básica de Saúde, apresentando deficiências como, por exemplo, possuir apenas uma sala para realizar triagem, vacinas e guardar os prontuários, falta de água e dispor apenas de um consultório, dividido entre consultas médicas e da enfermagem. Pela dificuldade de acesso até esse posto, os atendimentos foram remanejados para o centro de saúde, no centro da cidade. Com isso, os pacientes marcam suas consultas para o mesmo dia que vão até a cidade por outros compromissos, como ir à feira, por exemplo. Ou seja, a demanda continua espontânea.

E por último, mas não menos importante, existe o problema da marcação dos exames complementares. Porém, esse é um problema compartilhado por todas as equipes de saúde do município, não só pela equipe do Algodão. Essa dificuldade provoca um atraso na resolução dos problemas de saúde mais prevalentes na área. Apesar de ser um problema da gestão, implica em insatisfação do usuário e descaso com a saúde da população de Girau do Ponciano.

Dentre todos os problemas explicitados, destaca-se a baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, uma doença crônica grave que, se não tratada adequadamente, pode provocar sequelas irreversíveis ou até mesmo pode levar a morte. É uma doença bastante prevalente e importante problema de saúde pública em vários países. A UBS Algodão possui cerca de 440 famílias cadastradas e distribuídas em 6 microáreas. São 140 hipertensos cadastrados, dos quais 57% não estão com seus níveis de pressão arterial controlados.

Muitos fatores estão envolvidos como causadores (nós críticos) dessa baixa adesão, dentre os quais destacam-se o nível de escolaridade baixo da população, a dificuldade de acesso ao posto de saúde, os poucos agentes comunitários de saúde atuantes, a ausência de um livro contabilizando e caracterizando os hipertensos e a falta de medidas educativas.

JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de três quartos dos pacientes hipertensos não atingem valores ótimos de pressão arterial (MELCHORS, 2008).

Sabe-se que o grande obstáculo para o controle da PA é a não adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública no mundo. E na UBS Algodão não é diferente. Dos cerca de 140 hipertensos cadastrados, a maioria (57%) possui níveis de PA acima de 140 x 90 mmHg. Muitos óbitos são declarados em consequência de alterações cardiovasculares.

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbi-mortalidade cardiovascular.

É importante enfatizar que muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Se não mais evitável a HA, o seu controle poderá evitar grande parte das complicações e do seu impacto social (LESSA, 2006, p.45).

A prevenção primária e secundária, com rastreamento e diagnóstico precoces, a qualidade no cuidado prestado à população e a garantia de um bom serviço de saúde são medidas que podem intervir e diminuir a prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, que inclui a Hipertensão Arterial. Assim, justifica-se a proposição de um plano operativo para o problema selecionado no PSF do Algodão - Girau do Ponciano - Alagoas.

OBJETIVOS

Diante do exposto o presente estudo traz como **objetivo geral**:

- Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

E como **objetivos específicos**:

- Identificar os fatores determinantes da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo da área de abrangência da equipe Algodão de Girau do Ponciano;
- Enumerar medidas que promovam boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- Fazer uma revisão de literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.

REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica:

Conceito e Epidemiologia: É uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica (LOPES, 2006; SBC, 2010). Frequentemente está associada a alterações metabólicas, funcionais e estruturais do corpo, atingindo órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), com consequente aumento do risco de eventos cardíaco e cerebrovasculares, de insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (MELCHIORS, 2008).

É uma enfermidade crônica, com alta prevalência, baixas porcentagens de controle com o tratamento adotado, e que acarreta altos custos médicos e socioeconômicos decorrentes principalmente das complicações que a acompanha (LOPES, 2006; MELCHIORS, 2008).

Estima-se que a prevalência da hipertensão arterial atinja cerca de 1 bilhão de indivíduos por todo o mundo, com um pouco mais de 7,1 milhões de mortes por ano atribuídas à elevação da pressão arterial (CHOBANIAN, 2003). As principais causas de mortalidade estão relacionadas com algumas de suas complicações, como o acidente vascular cerebral (54%) e a doença isquêmica do coração (47%), observando uma frequência maior em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SBC, 2010).

No Brasil, 35% da população acima de 40 anos é hipertensa. Isso representa um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A prevalência de hipertensão aumenta com o avançar da idade, até o ponto onde mais da metade das pessoas entre 60 e 69 anos de idade e cerca de três quartos dos que tem 70 anos ou mais são afetados (IBGE, 2004).

Diagnóstico e Classificação: Para o diagnóstico da HAS, deverão ser realizadas no mínimo duas medidas da pressão arterial com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas. Dessa forma, o achado de medida da pressão arterial sistólica maior que 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior que 90mmHg para o indivíduo adulto, com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica correta, manguito de tamanho adequado, esfigmomanômetro calibrado e indivíduo em posição sentada, define o diagnóstico (LOPES, 2006).

Novas orientações consideram a utilização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) como ferramentas importantes na investigação de 'pacientes com suspeita de hipertensão. A MAPA é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas ou mais, enquanto o paciente realiza suas atividades durante os períodos de vigília e sono (LOPES, 2006; SBC, 2010). Já a MRPA é o registro da PA, que pode ser realizado obtendo-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão, durante sete dias, realizada pelo paciente ou outra pessoa capacitada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho, com equipamentos validados (SBC, 2010).

Recomenda-se, sempre que possível, a medida da PA fora do consultório para esclarecimento do diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco, quando o paciente apresenta medidas da PA persistentemente elevadas ($\geq 140/90$ mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais, seja na residência ou pela MAPA; e da hipertensão mascarada, caracterizada por valores normais de PA no consultório ($< 140/90$ mmHg), porém com PA elevada pela MAPA durante o período de vigília ou na MRPA (LOPES, 2006; SBC, 2010).

A medida da pressão arterial é comprovadamente o elemento principal para o estabelecimento do diagnóstico e da classificação da HAS. É de extrema importância realizar uma avaliação do paciente hipertenso, a fim de se obter informações sobre o seu estilo de vida e de identificar fatores de risco cardiovasculares ou doenças concomitantes que podem afetar o prognóstico e orientar o tratamento. Muitas vezes também é permitido revelar as causas identificáveis de pressão arterial elevada, como a doença renal crônica e a hipertensão renovascular, além de avaliar a presença ou ausência de danos em órgãos-alvo. Essa avaliação pode ser obtida através da história clínica completa do paciente, do exame físico, de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos quando necessários (CHOBANIAN, 2003).

Fatores de Risco: Os principais fatores que aumentam as chances de um indivíduo se tornar hipertenso e aumentar o risco cardiovascular são: idade (acima dos 40 anos), gênero (feminino), obesidade, taxa de ingestão de sal (alta ingestão),

alcoolismo, sedentarismo e nível sócio-econômico (mais baixo) (MELCHIORS, 2008).

Saber da existência desses fatores de risco é um auxílio no momento da decisão terapêutica, pois vai orientar o médico nas decisões sobre o tratamento não farmacológico da hipertensão, envolvendo mudanças no estilo de vida e hábitos do cotidiano de seus pacientes. A presença de fatores de risco adicionais, associados ao nível da PA, à presença de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares são pontos que compõe a estratificação do risco do doente, que serve como guia do tratamento (SBC, 2010).

A relação da idade com hipertensão está baseada no aumento da pressão arterial sistólica. Uma pesquisa realizada pelo *Framingham Heart Study*, no qual pacientes foram acompanhados por 38 anos, observou-se que a idade é um importante fator que influencia no risco de evento cardiovascular (CV) e na relação dos níveis de PA (CHOBANIAN, 2003). Pacientes mais novos tem maior pressão arterial diastólica (PAD) e aqueles mais velhos têm maior pressão arterial sistólica (PAS) (CHOBANIAN, 2003; MELCHIORS, 2008). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão estimam uma prevalência superior a 60% em indivíduos acima de 65 anos. Entre os gêneros, estudos demonstraram não haver uma diferença significativa relacionando-os como fator de risco para hipertensão (CHOBANIAN, 2003; MELCHIORS, 2008; SBC, 2010).

Os mecanismos propostos para explicar a associação de HAS e sobrepeso/obesidade apontam para o aumento concomitante da ingestão de sódio, do débito cardíaco, da volemia, dos níveis de insulina, da atividade simpática e do sistema renina-aldosterona. Uma das formas de se avaliar o prognóstico do paciente hipertenso é através da mensuração do ganho de peso e do aumento da circunferência da cintura (GUS, 1995).

A ingestão de sal está correlacionada com um maior risco de desenvolver hipertensão (CHOBANIAN, 2003; GUS, 1995). Indivíduos que ingerem álcool por tempo prolongado podem também elevar sua PA, da mesma forma que os de classe social e econômica mais baixa, pois têm um aumento da prevalência dos outros fatores de risco para desenvolver hipertensão (MELCHIORS, 2008; SAUNDERS, 1987).

A prática constante de atividade física reduz o risco de desenvolver hipertensão arterial, principalmente por reduzir o sobrepeso e a obesidade e, conseqüentemente, reduzir os danos cardiovasculares.

Tratamento: A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de três quartos dos pacientes hipertensos não atingem valores ótimos de PA. Sabe-se que o grande obstáculo para o controle da PA é a não adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, sendo esse um dos principais problemas de saúde pública no mundo (MELCHIORS, 2008).

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbi-mortalidade cardiovascular. A decisão terapêutica deve-se levar em consideração tanto os níveis de pressão arterial, como todos os fatores de risco para hipertensão e suas conseqüências. Para o hipertenso sem risco adicional pode-se optar pelo tratamento não medicamentoso isolado, com mudanças no estilo de vida. Para os hipertensos com risco adicional baixo o tratamento não medicamentoso isolado é feito por até seis meses. Se não atingir a meta, deve-se associar o tratamento farmacológico. E quando se trata de hipertensos com risco adicional médio, alto ou muito alto o tratamento a ser instituído desde o início é o não medicamentoso associado ao medicamentoso (LOPES, 2006; SBC, 2010).

Sabe-se que redução do peso, consumo de dieta rica em vegetais e frutas, redução no consumo de bebidas alcoólicas, parar de fumar, redução no consumo de sódio e a realização de exercícios físicos regularmente resulta em queda da pressão arterial (CHOBANIAN, 2003).

O tratamento medicamentoso tem como objetivo principal reduzir os eventos cardiovasculares fatais e não fatais relacionados com o aumento da PA. Os medicamentos utilizados são os anti-hipertensivos. As principais classes utilizadas são: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores beta-adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores do receptor da angiotensina II e inibidores adrenérgicos (LOPES, 2006). Estes podem ser usados isoladamente ou em associação, desde que cumpram com sua obrigação de baixar a pressão arterial (CHOBANIAN, 2003).

As metas a serem alcançadas são: <140/90mmHg para hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo ou médio; 130/90mmHg para hipertensos com risco cardiovascular alto, com três ou mais fatores de risco,

diabéticos, síndrome metabólica, com lesões em órgãos-alvo e hipertensos com insuficiência renal com proteinúria $>1,0\text{g/L}$ (SBC, 2010).

Como a hipertensão arterial contribui para a elevação da taxa de morbimortalidade cardiovascular, diversas estratégias de saúde pública devem ser implementadas. Medidas de prevenção primária devem ser introduzidas para reduzir ou minimizar os fatores adicionais da população, particularmente em indivíduos pré-hipertensos (CHOBANIAN, 2003). A população deve ser informada quanto aos riscos advindos da hipertensão e conscientizada da importância de se combater e prevenir os fatores de risco.

Hipertensão Arterial: Problema de Saúde Pública

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica observadas com o passar dos anos, permitiram que doenças crônicas, como a hipertensão arterial, assumissem uma posição preocupante na área da saúde. São doenças bastante prevalentes e importantes problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento (PAIVA, 2006; SILVA, 2006).

Esse aumento da incidência das doenças crônicas também pode estar relacionado às modificações de estilo de vida e do meio ambiente consequentes da industrialização (TOSCANO, 2004). Estas modificações levam à obesidade, ao sedentarismo e ao consumo de uma dieta rica em calorias e em gorduras, todos esses considerados fatores de risco para hipertensão.

A coexistência de hipertensão com outras doenças crônicas, como o diabetes mellitus, é particularmente perigosa, devido à forte correlação com as doenças cardiovasculares, os acidentes vasculares cerebrais e a progressão da doença renal (CHOBANIAN, 2003; TOSCANO, 2004).

A prevenção primária e secundária, com rastreamento e diagnóstico precoces, a qualidade no cuidado prestado à população e a garantia de um bom serviço de saúde são medidas que podem intervir e diminuir essa prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis (SILVA, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de colocar em prática os preceitos da reorganização assistencial na atenção básica, substituindo o modelo de assistência a saúde até então vigente no país, que era voltado para a cura da doença (BRASIL, 2003).

Durante o período de 2001 a 2003, o Ministério da Saúde no Brasil implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no país, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade associada a essas patologias, através de diretrizes e metas de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), atualizando os profissionais da rede básica e garantindo o diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2002; TOSCANO, 2004).

Hipertensão Arterial: adesão ao tratamento

A Hipertensão Arterial, uma das principais doenças crônico-degenerativas, é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. A adesão ao tratamento desta patologia, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso, é essencial para a prevenção de suas complicações, como as alterações cardíacas, a insuficiência renal e o acidente vascular cerebral (MINAYO, 2000).

Adesão ao tratamento é um tema cada vez mais atual dada sua participação na determinação do sucesso ou insucesso terapêutico de determinada patologia. Várias são as definições para adesão, mas, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (GUSMÃO, 2009; UNGARI, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado por um conjunto de cinco fatores, denominados dimensões, nos quais os relacionados aos pacientes são apenas um dos determinantes. As cinco dimensões da adesão relacionam-se a fatores socioeconômicos, fatores relacionados à terapia, relacionados ao paciente, relacionados às patologias e relacionados à equipe e ao sistema de saúde (MACHADO, 2008; UNGARI, 2007).

O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas que exigem um elevado grau de envolvimento ativo do paciente. Os mesmos são responsáveis pela tomada de medicamentos, na grande maioria dos casos múltiplos, além da mudança do seu estilo de vida principalmente no que diz respeito à dieta e à atividade física (GUSMÃO, 2009).

Muitas vezes esses pacientes encontram-se assintomáticos, o que dificulta ainda mais o entendimento da necessidade de um tratamento contínuo, visando à prevenção de futuras complicações da doença. Quando não tratada de forma adequada, essa patologia pode contribuir para o surgimento de outras doenças, tais como problemas cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral (MACHADO, 2008).

Estima-se que a extensão com a qual os pacientes aderem a farmacoterapia anti-hipertensiva varia entre 50 e 70% e, aproximadamente 75% dos pacientes com hipertensão não alcançam níveis adequados de controle da pressão arterial (UNGARI, 2007; WHO, 2003).

O tratamento e controle da Hipertensão Arterial exigem alterações de comportamento em relação ao estilo de vida, à dieta e a ingestão de medicamentos. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, caso não haja orientação correta quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das consequências destas doenças.

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem sido destaque na atenção básica, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Um exemplo dessa nova estratégia de promoção da saúde é o programa HIPERDIA do governo federal do Brasil. Este, somado às ações dos trabalhadores da saúde, propõe a prevenção de complicações, mas também e, principalmente, prevenção da não adesão ao tratamento, através do monitoramento e controle dos agravos e seus fatores de risco e da assistência farmacêutica (MIRANZI, 2008).

METODOLOGIA

Estudo descritivo onde foi realizada uma revisão de literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, no intuito de proposição de um plano operativo a ser colocado em prática na UBS do Algodão, uma das unidades de saúde da zona rural do município de Girau do Ponciano - Alagoas.

Para a elaboração desse estudo foram realizadas reuniões semanais com a equipe de saúde da família da UBS Algodão, durante o período de um mês. A equipe, no momento, está composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 2 agentes comunitários de saúde. Cada membro da equipe expôs quais os problemas que eles achavam presentes na unidade. Ficou explicitado que o "problema" poderia estar relacionado com a unidade, com a equipe, com os usuários, com as doenças, ou com qualquer outro fator que estivesse ligado ao PSF Algodão. Foi feita uma lista com os principais problemas em comum a maioria. Em seguida avaliou-se o grau de prioridade dos problemas, de acordo com sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento por parte da equipe.

Com isso, apenas um problema ganhou destaque, sendo escolhido como parâmetro para planejar uma intervenção que auxilie no combate a esse problema.

Em seguida, a partir de duas reuniões entre a equipe, foram explicitados os "nós críticos", que são os fatores que estão direta ou indiretamente ligados ao problema, como possíveis causas, bem como foi feita a elaboração do plano de ação, no que diz respeito ao desenho das operações, à identificação dos recursos críticos e à divisão das responsabilidades entre os componentes da equipe.

No tocante à revisão de literatura foi realizada uma busca de artigos em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos, quais sejam, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), Scielo (*Scientific Library Online*), e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

A gestão do plano operativo será de responsabilidade de toda a equipe de profissionais da saúde do PSF Algodão, com a liderança da médica e da enfermeira. Com isso, a equipe fará o acompanhamento das etapas do plano, averiguando o seu andamento e o cumprimento das atividades referentes a cada programa, através de reuniões mensais por até 12 meses.

Ao final deste período, a reunião resultará na avaliação da execução do plano operativo no seu total, contando com a presença dos profissionais da unidade básica, dos usuários e da Secretária de Saúde do município de Girau do Ponciano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para alcançar os objetivos propostos um plano de ação foi elaborado, em busca de soluções e estratégias para enfrentar e modificar a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo no PSF Algodão. O quadro 1 a seguir expõe as operações/projetos necessárias para a solução dos nós críticos pontuados, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. E os quadros 2, 3 e 4 explicitam os recursos críticos, a viabilidade do plano e o plano operativo, respectivamente.

Quadro 1: Desenho de operações para os "nós" críticos do problema baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, Maceió, 2014.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Nível de escolaridade baixo da população	+ Educação Oferecer ensino de qualidade, incluindo educação à saúde	Diminuir o índice de analfabetismo da população	Escolas públicas com carga horária integral; Implantação de escola para adultos e idosos.	Econômico → financiamento dos projetos; Organizacional → avaliar quantitativamente o nível escolar da população e identificar o nível crítico Cognitivo → Capacitação de profissionais para trabalhar com os grupos de adultos de idosos Político → recursos físico e humano
Dificuldade de acesso ao posto de saúde	Transportes Oferecer meios de transporte para a população rural	Possibilitar o acesso da população à unidade de saúde, principalmente os idosos	Minivans credenciadas para transportar pacientes cadastrados no SUS até à unidade de saúde	Econômico → compra dos carros Organizacional → promover um rodízio dos carros entre as comunidades rurais com maior dificuldade de locomoção Político → contratação dos motoristas
Poucos Agentes Comunitários de saúde atuantes	Melhorar o cuidado Recompor a equipe de saúde	Completar a equipe de saúde da família, com o total de 6 ACS	Seis agentes de saúde capacitados sobre Hipertensão e atuantes	Cognitivo → qualificar o conhecimento da equipe sobre a HAS e suas consequências Político → contratar agentes comunitários de saúde
Ausência de livro contabilizando todos os	Reconhecimento Obter informações gerais sobre cada	Elaborar um livro de cadastro dos hipertensos,	Capacitação de pessoal; elaboração dos dados de cadastro no livro;	Econômico → fornecimento do livro; Organizacional → coleta dos dados referentes ao

hipertensos	hipertenso.	com informações pessoais, sobre sua doença, seu tratamento, atividades de lazer.	contabilização do total de hipertensos cadastrados.	hipertenso.
Falta de medidas educativas	Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	População mais informada sobre sua doença e seus riscos.	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; campanha educativa na comunidade; capacitação dos ACS e de cuidadores	Organizacional → organização da agenda; Cognitivo → conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político → articulação com o setor da educação e mobilização social.

Quadro 2: Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, Maceió, 2014.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
+ Educação	Econômico → financiamento dos projetos; Cognitivo → Capacitação de profissionais para trabalhar com os grupos de adultos de idosos Político → recursos físico e humano
Transportes	Econômico → compra dos carros
Melhorar o cuidado	Político → contratar agentes comunitários de saúde Cognitivo → qualificar o conhecimento da equipe sobre a HAS e suas consequências
Reconhecimento	Organizacional → coleta dos dados referentes ao hipertenso.
Saber mais	Político → articulação com o setor da educação e mobilização social

Quadro 3 – Análise da viabilidade do plano, Maceió, 2014.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Educação Oferecer ensino de qualidade, incluindo educação à saúde	Econômico→ financiamento dos projetos;	Prefeito Municipal Secretaria de Educação	Favorável Favorável	Apresentar o projeto de nova estruturação da rede educacional
	Cognitivo→ Capacitação de profissionais para trabalhar com os grupos de adultos de idosos	Secretaria de Saúde Secretaria de Ação Social	Favorável Indiferente	
	Político→ recursos físico e humano	Secretaria de Educação	Favorável	
Transportes Oferecer meios de transporte para a população rural	Econômico→ compra dos carros	Secretaria de Transportes	Favorável	Apresentar o projeto de estruturação do rodízio
Melhorar o cuidado Recompôr a equipe de saúde	Político→ contratar agentes comunitários de saúde Cognitivo→ qualificar o conhecimento da equipe sobre a HAS e suas consequências	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de capacitação dos ACS sobre os cuidados com o hipertenso
Reconhecimento Obter informações gerais sobre cada hipertenso.	Organizacional →coleta dos dados referentes ao hipertenso	Equipe de Saúde da Família do Algodão	Favorável	Elaboração do livro
Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	Político→ articulação com o setor da educação e mobilização social	Secretaria da Saúde Secretaria de Educação	Favorável Favorável	Elaborar um questionário sobre HAS; Elaborar palestras educativas sobre HAS e seus riscos

Quadro 4 - Plano operativo, Maceió, 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Educação Oferecer ensino de qualidade, incluindo educação à saúde	Diminuir o índice de analfabetismo da população	Escolas públicas com carga horária integral; Implantação de escola para adultos e idosos.	Apresentar o projeto de nova estruturação da rede educacional	Enfermeira Danyelle	Apresentar o projeto em três meses.
Transportes Oferecer meios de transporte para a população rural	Possibilitar o acesso da população à unidade de saúde, principalmente os idosos.	Minivans credenciadas para transportar pacientes cadastrados no SUS até à unidade de saúde	Apresentar o projeto de estruturação do rodízio	ACS José Rodrigues	Apresentar o projeto em três meses.
Melhorar o cuidado Recompôr a equipe de saúde	Completar a equipe de saúde da família, com o total de 6 ACS.	Seis agentes de saúde capacitados sobre Hipertensão e atuantes	Apresentar projeto de capacitação dos ACS sobre os cuidados com o hipertenso	Auxiliar de enfermagem Maria de Lourdes	Apresentar o projeto em dois meses.
Reconhecimento Obter informações gerais sobre cada hipertenso.	Elaborar um livro de cadastro dos hipertensos, com informações pessoais, sobre sua doença, seu tratamento, atividades de lazer.	Capacitação de pessoal; elaboração dos dados de cadastro no livro; contabilização do total de hipertensos cadastrados.	Elaboração do livro	ACS José Rodrigues e Claudiene	Iniciar capacitação em dois meses; Iniciar elaboração do livro uma semana após a capacitação.; Início em dois meses e término em oito meses.
Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS.	População mais informada sobre sua doença e seus riscos.	Avaliação do nível de informação da população sobre a HAS; campanha educativa na comunidade; capacitação dos ACS e de cuidadores	Elaborar um questionário sobre HAS; Elaborar palestras educativas sobre HAS e seus riscos	Médica Susana e Enfermeira Danyelle	Início em três meses e término em cinco meses; início em cinco meses e término em doze meses; avaliação a cada semestre.

Discutindo o plano Operativo:

MAIS EDUCAÇÃO

Várias cidades do estado de Alagoas estão entre as cidades com maiores índices de analfabetismo. Girau do Ponciano é uma delas. A maioria da população encerra seus estudos pela metade. Muitos continuam sem saber ler ou escrever. Abandonam a escola para trabalhar, ajudar a família.

No Brasil, existe uma política pública em construção no âmbito da educação integral, o programa Mais Educação, que visa ampliar o direito a educação, sendo um grande desafio para gestores educacionais, professores e comunidade. Esse tipo de educação integral tenta expandir o aprendizado para além das escolas.

Esse programa, criado pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas, para no mínimo 7 horas diárias, por meio de atividades optativas nos macrocampos: acompanhamento pedagógico; educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica.

O Programa Mais Educação é coordenado pela Secretaria de Educação Básica (SEB/MEC), em parceria com as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Educação.

As atividades tiveram início em 2008, com a participação de 1.380 escolas, em 55 municípios nos 26 estados e no Distrito Federal, atendendo 386 mil estudantes. Em 2011, aderiram ao Programa Mais Educação 14.995 escolas com 3.067.644 estudantes.

De acordo com a lista de escolas aderidas ao programa em 2013, apresentada no site do Ministério da Educação, Girau do Ponciano encontra-se com 26 escolas inscritas.

Outro importante fator que deve ser considerado quando se objetiva melhorar a educação de uma população é investir na classe dos idosos. Com todo o cuidado voltado para essa classe, bem como com a existência da transição sócio demográfica formando-se no Brasil, provocando um aumento crescente do número

de idosos na população, faz-se importante investir na sua educação. Um exemplo disso está sendo realizado pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), com a Escola de Maturidade UniBH. Sua missão é a inclusão de pessoas acima de 50 anos ao mundo acadêmico e a promoção da saúde, do bem estar físico, mental e social de seus alunos. Tendo como objetivo a estimulação integral e transdisciplinar do indivíduo, a Escola da Maturidade é estruturada de forma que seus alunos tenham atividades em quatro grandes áreas: Acadêmica, Intelectual, Artística e Física.

TRANSPORTES

Girau do Ponciano, cidade localizada na região agreste de Alagoas, possui um grande território por km, aproximadamente 501 mil, sendo sua maior parte caracterizada como zona rural. Do total de cerca de 38.000 habitantes, quase 70% encontra-se localizada na área rural. Esse povoamento tende a ser constituídos por pequenos aglomerados espalhados pelo imenso território, formando sítios e povoados. Daí resultam inúmeros problemas de mobilidade e acessibilidade, principalmente para crianças, idosos e deficientes. Muitos destes problemas de acessibilidade decorrem de dificuldades de adequação da oferta de serviços de transporte público a estes povoados.

O sistema de transporte ideal para as áreas rurais, é um sistema que promova a igualdade social ao nível dos transportes e potencialize o desenvolvimento econômico regional, devendo este conciliar três características muitas vezes incompatíveis: manter o nível de acessibilidade elevado, uma cobertura territorial total e preços reduzidos (FERREIRA, 2008, p.15).

Uma possibilidade de transporte público, na zona rural, seria através do sistema flexível de transporte, com carros ou micro-ônibus, com horários e percursos flexíveis, conforme as características da procura.

Um sistema de transportes em territórios da zona rural, deverá ter em mãos os horários e dinâmicas das atividades que necessitam de deslocamentos, como os serviços, escolas, empresas, atividades desportivas, entre outras.

MELHORAR O CUIDADO

O agente Comunitário de Saúde (ACS) é um importante participante do Sistema Único de Saúde, pois é ele quem fortalece a integração entre os serviços de

saúde da Atenção Primária a Saúde e a comunidade. Além disso, o ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe.

Uma forma de melhorar o cuidado na UBS Algodão em Girau do Ponciano é recompor a equipe de saúde da família, realizando um processo seletivo de Agentes comunitários de saúde, reestabelecendo o contato da população com sua equipe de assistência a saúde.

O trabalho do ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, o ACS tem que estar sempre alerta e atualizado, inclusive nos cuidados relacionados com o paciente hipertenso.

Nesse sentido, a Secretaria de Saúde pode implementar cursos de capacitação sobre Hipertensão Arterial, com ênfase no acolhimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos, através de médicos especializados no assunto, como cardiologistas, com base nas diretrizes da doença.

O grupo hospitalar Conceição, em Porto Alegre, criou em 2009 uma publicação intitulada "A Organização do Cuidado as Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em serviços de Atenção Primária a Saúde", que dá suporte técnico assistencial às equipes multiprofissionais de saúde no rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pessoas com HAS. Essa publicação encontra-se disponível na internet no site.

RECONHECIMENTO

Para o reconhecimento da população hipertensa do PSF Algodão, pode-se elaborar um livro ou um banco de dados, onde estarão contidas as informações referentes ao paciente e ao seu tratamento e acompanhamento. Aqui seria feita uma anamnese completa do paciente, incluindo seus dados pessoais, sua queixa principal, sua história da doença atual e seus antecedentes pessoais, familiares e sociais, conforme instrumento exposto na figura 1:

Figura 1 - Instrumento para cadastro dos hipertensos do PSF Algodão, Maceió, 2014.

HIPERTENSOS DO PSF ALGODÃO
1. NUMERO DO CADASTRO:
2. IDENTIFICACAO: NOME: DATA DE NASCIMENTO: SEXO: COR: NATURALIDADE: ESTADO CIVIL: PROFISSAO: ENDERECO: PESO E ALTURA:
3. QUEIXA PRINCIPAL: (O que mais te incomoda? O que te levou a procurar ajuda?)
4. HISTORIA DA DOENCA ATUAL - HIPERTENSAO ARTERIAL (inclui tempo de diagnostico, tratamento utilizado, IMC, evoluçao da doenca) PRESSÃO ARTERIAL: MEDICAÇÕES:
5. ANTECEDENTES PESSOAIS, FAMILIARES E SOCIAIS (inclui outras doenças, internações, cirurgias, historia familiar e aspectos sociais relevantes)

Vale ressaltar que os dados do livro devem ser atualizados mensalmente pela equipe de saúde da família.

SABER MAIS

A educação em saúde tem como objetivo potencializar as ações de prevenção e promoção à saúde, incluindo dos hipertensos. Atualmente o atendimento é centrado no tratamento medicamentoso e curativo, esquecendo-se da qualidade de vida desses pacientes, que vai muito além do uso de remédios.

Para isso, tanto os profissionais de saúde quanto os próprios pacientes tem a obrigação de conhecer essa doença chamada Hipertensão Arterial Sistêmica. É preciso conhecer, por exemplo, os seus fatores de risco, para assim conseguir evitá-los. Conhecer também suas consequências para assim aumentar o cuidado evitando sua progressão.

A partir do momento que todos conhecem e estudam sobre a hipertensão torna-se mais fácil encarar essa doença, ajudando a esclarecer as dúvidas e superar os obstáculos.

Além disso, o processo de educação permite ampliar o vínculo entre usuários e profissionais, bem como demonstrar para o paciente que ele também faz parte do processo de cuidado da sua própria saúde.

CONCLUSÃO

Como a hipertensão arterial contribui para a elevação da taxa de morbimortalidade cardiovascular, diversas estratégias de saúde pública devem ser implementadas. Medidas de prevenção primária devem ser introduzidas para reduzir ou minimizar os fatores adicionais da população, particularmente em indivíduos pré-hipertensos. A população deve ser informada quanto aos riscos advindos da hipertensão e conscientizada da importância de se combater e prevenir os fatores de risco.

A inadequada adesão ao tratamento anti-hipertensivo revela também a necessidade de serem revisados os protocolos atualmente preconizados e as estratégias utilizadas para melhorar esta adesão, tanto e especialmente nos serviços públicos, como também nos serviços privados de saúde.

É certo que, se colocada em prática, a proposta de intervenção descrita neste trabalho vai melhorar a conscientização dos profissionais de saúde e dos usuários das unidades básicas de saúde a respeito da importância da boa aderência ao tratamento anti-hipertensivo, objetivando um ótimo controle da pressão arterial. Isso vai diminuir os riscos cardiovasculares consequentes à pressão elevada, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos hipertensos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Educação. Programa Mais Educação. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>>. Acesso em 11 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família. Princípios básicos. Brasília (DF); 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. 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.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UniBH. Escola da Maturidade. Extensão. Disponível em: <<http://www.unibh.br/extensao/escola-da-maturidade>>;. Acesso em 11 jan 2014.

CHOBANIAN, A.V. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**. 42, p.1206-1252, 2003.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERREIRA, H. **Mobilidade em áreas rurais: Implementação de um sistema flexível de transporte**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2008.

GUS, M.; FUCHS, F.D. Obesidade e hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 64(6), p.565-570, 1995.

GUSMÃO, J.L et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev bras hipertens**. 16(1), p.38-43, 2009.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Base de dados na Internet. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 22 de Jan. 2014.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Senso Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.senso2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 21 de jan 2014. 2010.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.** 13(1), p. 39-46, 2006.

LOPES, H.F.; DRAGER, L.F. Hipertensão arterial. In: LOPES A.C. **Tratado de clínica médica.** São Paulo: Roca; p. 712-26, 2006.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento - Tema cada vez mais atual. **Rev bras hipertens.** 15(4), p. 220-221, 2008.

MELCHIORS, A.C. **Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** 5(1), p.7-18, 2000.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto enferm.** 17(4), p.672-679, 2008.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família de Franciso Morato, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 22(2), p.377-385, 2006.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família no município de Ribeirão Preto, SP.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

WHO (World Health Organization). The world health report: Shaping the future. Geneva: WHO; 2003.

SILVA, T.R et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade.** 15(3), p.180-189, 2006.

SBC (Sociedade Brasileira de Cardiologia) / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** 95(1 supl.1): p.1-51, 2010.

SAUNDERS, J.B. Alcohol: an important cause of hypertension. **British Medical Journal.** 249(6579), p.1045-1046, 25 Apr 1987.

SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade.** 15(3), p.180-189, 2006.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(4), p.885-895, 2004.