

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMUEL ANDRADE DE SOUZA

**ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

UBERABA/MINAS GERAIS

2014

SAMUEL ANDRADE DE SOUZA

**ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

UBERABA - MINAS GERAIS

2014

SAMUEL ANDRADE DE SOUZA

**ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi

Banca Examinadora

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Orientador

Profa. Ms. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, 23 de fevereiro de 2014.

RESUMO

Diversos fatores e condições levam as pessoas a apresentarem complicações e comorbidades referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como o comprometimento de órgãos alvo, como o coração, o pulmão e o rim. O trabalho do médico e da equipe da Estratégia de Saúde da Família através do apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família evidenciam o trabalho da equipe multiprofissional priorizando o modelo biopsicossocial. O objetivo deste trabalho foi analisar o desempenho do médico na equipe da ESF em relação ao elevado índice de HAS em uma Unidade Básica de Saúde. A metodologia baseou-se na revisão bibliográfica e na análise das decorrências confirmadas do diagnóstico situacional e organizacional elencados na ESF Alvorada do município de Carmo do Paranaíba–MG. Foram utilizadas fontes científicas relacionadas ao tema, tais como, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, periódicos científicos nas bases Scielo Bireme e Pubmed, além de manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde brasileiro. Concluiu-se que são diversos os fatores e as condições que causam comorbidades em pessoas hipertensas, bem como o elevado índice de sequelas e mortalidade. O acompanhamento pela ESF é um mecanismo eficiente de busca ativa desta clientela, o que evidencia também a necessidade de co-responsabilização da pessoa hipertensa .

Palavras-chave: Hipertensão; Clínica Médica; Saúde da Família.

ABSTRACT

Several factors and conditions that lead people to present complications and comorbidities related to Hypertension (HBP), as the damage in target organs such as the heart, lung and kidney. The works of the doctor and of the Family Health Strategy team through the support of the Support Center for Family Health team reveal the work of the multidisciplinary team prioritizing the biopsychosocial model. The objective of this study was to analyze the performance of the medical staff at FHS in relation to the high rate of hypertension in a Basic Health. The methodology was based on literature review and analysis of confirmed derivations of situational and organizational diagnosis listed in the ESF dawn of the municipality of Carmo Paranaíba - MG. Related to the theme, such as completion of course work, dissertations, theses, journals in the databases PubMed and SciELO Bireme scientific sources were used, and manuals provided by the Brazilian Ministry of Health. That there are several factors and conditions that cause comorbidities in hypertensive individuals, as well as the high rate of sequelae and mortality was concluded. Monitoring by the ESF is an efficient mechanism for active search of its clientele, which also demonstrates the need for co-accountability for hypertensive people.

Keywords: Hypertension, Clinical Medicine, Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DCND - Doenças Crônicas não Transmissíveis

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBEJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4 REVISÃO LITERÁRIA.....	13
4. 1 Hegemonia do modelo biomédico em relação à assistência da doença cardiovascular.....	13
4. 2 Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.....	15
4. 3 Desempenhos do médico da ESF na terapêutica da HAS.....	17
5 METODOLOGIA.....	19
6 PLANO DE AÇÃO DE INTERVENÇÃO.....	20
7 DISCUSSÃO.....	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada a maior causa de doenças cardiovasculares seguidas de complicações e sequelas. Na maioria das vezes com forte impacto na reabilitação física e mental do paciente acometido por Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou mesmo pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006). Pelo fato de sua sintomatologia ser na maioria das vezes “mascarada”, o tratamento e recuperação obtém resultados ainda incipientes.

Decorrente dos elevados índices de diagnóstico de HAS e dos eventos de urgência e de emergência cardiovascular destaca-se a promoção e a prevenção da hipertensão como melhor forma de assistência à população adscrita de determinada área de abrangência da atual política de saúde pública desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Rabetti e Freitas (2010) relatam que a eficiência na atenção primária de saúde, ao avaliar a produtividade de serviços e de resultados relacionados à HAS identifica pontos fortes que podem representar importante ferramenta de gestão e de planejamento.

A equipe da ESF deve seguir as diretrizes da atenção básica relacionada ao programa de hipertensão, tanto na questão preventiva quanto curativa. Perante a incidência de morbidade e mortalidade procedentes da HAS, observa-se a existência de falhas na assistência desta clientela. Hoepfner e Franco (2010) mencionam a elevada inércia clínica, o baixo controle da HAS e o aumento da presença de comorbidades que implicam na obrigação de programas de educação permanente para os profissionais da saúde e de outras medidas para reparar o controle da doença nas Unidade Básica de Saúde (UBS).

A descrição dos autores em desenvolver esta proposta é analógica ao diagnóstico situacional revelado na unidade de ESF em que atuou. Considera-se que a população é alçada por uma cultura medicamentosa tendo ainda eleito, o modelo biomédico como opção de tratamento, com excesso de peso, uso abusivo de bebidas alcólicas, alto índice de analfabetismo e grande rotatividade de profissionais, especialmente médicos, nas UBS's.

A escolha desta metodologia, através do diagnóstico situacional direciona a necessidade de uma terapêutica abrangente sobre determinado problema, o que supõe respostas e dinâmicas de trabalho que podem beneficiar a clientela de determinada área de abrangência de uma ESF assim como, melhorar o relacionamento interpessoal da equipe pela

sincronia das ações promocionais que focam o maior benefício na saúde holística do ser humano.

Dentre as condições da população atendidas em uma UBS que trabalho, o diagnóstico situacional revela como fatores de risco para doenças cardiovasculares: hábitos, estilo de vida e cuidados precários com a saúde, sedentarismo, dieta e hábitos alimentares inadequados, estresse diário por problemas socioeconômicos, baixa adesão ao tratamento pela desinformação da prevenção, tabagismo e alcoolismo. Identificado ainda que o nível de alfabetização da população adstrita é de 87,3%, onde as famílias dependem economicamente da produção/colheita do café, estando sua economia também diretamente ligada às atividades agropecuárias, que constituem seu setor mais dinâmico, e tendo parte de uma mão de obra utilizada no comércio e serviço público.

O índice epidemiológico de doenças cardiovasculares (morbidade) encontra-se mundialmente excedido. Em um município mineiro do interior de Minas Gerais com população de 29.735 habitantes (IBGE, 2014), localizado na região sanitária de saúde da Macrorregional Noroeste e pela Microrregional de Patos de Minas (MINAS GERAIS, 2007) com assistência de 97% pela ESF com cinco equipes contempladas por profissionais de saúde bucal, esta estatística se iguala, pois de acordo com o diagnóstico situacional da UBS em estudo, 529 pacientes da população adstrita (cadastrados e acompanhados) são hipertensos com idade superior a 20 anos. Dentre a mortalidade, evidencia-se que os óbitos ocorridos em 2010, foram de 30% somente de pacientes cadastrados nesta UBS por complicação cardiovascular (SIAB, 2012).

A rede de saúde deste município é regida pelo sistema de Gestão Plena da Atenção Básica e mantém um Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) compartilhando ações promotoras, preventivas, recuperativas e de matriciamento. Também faz parte da rede serviços intrasetoriais de saúde mental, rede de urgência, apoio diagnóstico e a clínica de especialidades, além de leitos credenciados pelo SUS. Mesmo com a tentativa de construção efetiva da rede de saúde, fragmentações da assistência ainda são inerentes às condutas de saúde.

A UBS do ESF Alvorada, a qual exerço minhas atribuições médicas, é a quarta unidade implantada no município de Carmo do Paranaíba, funcionando como unidade mista com a UBS do PSF Niterói. Ao longo do tempo, o município passou por processos políticos contribuindo para que houvesse uma constante e grande rotatividade de profissionais, resultando em profissionais que desconhecem o processo de implantação da ESF. Portanto, os

profissionais de saúde desconhecem o processo de implantação da ESF. O atendimento acontece de segunda a sexta-feira no horário de sete às 17 horas. O território de abrangência da UBS consta de oito microáreas, abrangendo cinco bairros e seis comunidades rurais. O relevo do território da UBS é plano, ausente de barreiras geográficas. Em média, cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável por 156 famílias, com um total de 3.806 pessoas cadastradas. Trata-se de uma área com densidade demográfica alta, sendo localizada na periferia da cidade. Na urbanização as ruas e as avenidas são pavimentadas e não existe transporte público (SIAB, 2012; SIAB, 2013 OU SIAB, 2012).

Partindo dos atendimentos na UBS observa-se uma elevada incidência de hipertensos, um problema importante a para ser considerado e que possibilitou o fornecimento de base para elaborar um plano de intervenção.

JUSTIFICATIVA

Esse trabalho foi realizado visando diminuir o número de casos de pessoas com HAS através da implantação de um plano de trabalho sistematizado que contemple o trabalho do médico e da equipe da ESF através de reuniões para conscientização da clientela com fatores de risco para esta patologia.

O considerável número de morbidade e mortalidade decorrente das doenças cardiovasculares pela causa da HAS é uma condição mundialmente conhecida na contemporaneidade. Assim, acredita-se que o modelo biomédico de assistência, hegemônico na práxis curricular da medicina e demais cursos de saúde contribuem para a minimização de ações promocionais de saúde. Os fatores de risco expostos pela população, referente à HAS, também é um grande contribuir para tal patologia.

Este estudo justifica-se pela importância da atuação do médico na prática da assistência ao portador de HAS visando identificar a falha das ações promocionais e da hegemonia do modelo biomédico regido pela população. Diante dos resultados da análise e da pesquisa bibliográfica é importante desenvolver um projeto de interesse em programar ações e diretrizes voltadas à prática clínica evidenciando o modelo biopsicossocial com matriciamento do NASF como estratégia para minimizar os riscos para HAS.

A rotina clínica e o modelo biomédico são entraves na prática assistencialista do médico na ESF, pautados pela demanda excessiva da população, pelo interesse focado neste profissional, pela falha dos demais problemas administrativos e acumulativos da práxis da equipe ESF.

A importância desse trabalho é mencionar o papel do médico enquanto membro da equipe de ESF e suas atribuições como assistencialista e moderador na atenção ao portador de HAS incluindo o modelo biopsicossocial através do comprometimento da equipe de profissionais de saúde visando à proposta de estabelecer um plano de ação para minimizar os dados decorrentes da HAS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a importância da atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica em uma Unidade Básica de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudar fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica
- Elaborar uma proposta de ações para uma Unidade Básica de Saúde para atuação na contenção da morbidade em decorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica.

4 REVISÃO LITERÁRIA

4.1 - HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR

Por diversas décadas, o modelo predominante de doença ostentava que para cada enfermidade existia uma causa biológica principal objetivamente identificável. Para Gelinski (2011), as pessoas e as famílias que buscam tratamento médico e demais assistência de saúde parecem apenas almejar pelos aspectos curativos e geralmente não se mostram cientes das alterações que o novo modelo de cuidado/atenção em saúde (com ênfase nos aspectos preventivos) preconizado pela ESF trouxe para eles.

Prolongar a vida ou aprimorar funções corporais era as metas clássicas da clínica médica. Entretanto, com o progresso das técnicas de intervenção, este modelo tem sido considerado como reducionista, tanto pela sociedade quanto pela classe médica, individualmente no caso de doenças crônicas (BRASIL, 2006).

O modelo biomédico não salienta a ocorrência de que a maioria das patologias é resultado de uma interação de episódios sociais, psicológicos e biológicos, o qual oferece muito pouco no que se menciona a valores preventivos indispensáveis para restringir a incidência de doenças crônicas, pela transformação de crenças de saúde, de atitudes e de comportamentos (AMORIN, 2006).

As doenças cardiovasculares estabelecem o fundamental motivo de morbimortalidade na população brasileira. São vários os fatores de risco que elevam a possibilidade da ocorrência e por isso é considerada como multicausal (BRASIL, 2001).

O atendimento na atenção básica às pessoas hipertensas envolve sistematização de protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde com abordagem multiprofissional, incumbindo orientações e apoio dos profissionais em assistência à saúde; além do médico, é necessária a equipe de enfermagem, dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, agentes comunitários de saúde, dentre outros (BRAGA, 2006).

O desafio de enfrentar as diversidades decorrentes da hipertensão arterial é estabelecido pelo trabalho interdisciplinar das equipes das UBS, em contraponto ao modelo biomédico. A maior resolutividade é investir em oferta de ações distintas e que

comprovadamente forneça com o progresso da qualidade de vida e da autonomia das pessoas nos processos de adoecimento, práticas assistencialistas constituídas de atuações de acolhimento, de escuta e de vínculo, grupos educativos e de exercício físico, atividades e terapia comunitárias, entre outras técnicas. “A implementação deste trabalho exige processos de Educação Permanente, que propõe mudanças das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre o processo de trabalho e incorporação de novos saberes no cotidiano das equipes” o que vai de encontro com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2010, p. 05).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2011) a finalidade na contemporaneidade é promover ações de saúde que privilegiam a direção de um novo modelo de atenção à saúde. Ações de promoção e de proteção da saúde são basais para a reorientação dos padrões assistenciais, sendo estratégica a articulação oblíqua que visa o avanço na condição de vida e na diminuição dos riscos à saúde, através da edificação de políticas públicas benéficas, que harmonizem melhorias no modo de viver.

Werneck, Faria e Campos (2009) descrevem que a sistematização da assistência à saúde é necessária para implementar ações distintas à programas de saúde pública. Sendo assim, os protocolos são considerados extraordinários instrumentos para abarcar múltiplos problemas na assistência e na gerência dos serviços. As diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, proporcionam como fundamentação, estudos legitimados pelas pressuposições das evidências científicas. A literatura científica atual evidencia que os protocolos de atenção à saúde, em relação aos de organização de serviços apresentam como foco a uniformização de procedimentos clínicos e cirúrgicos em espaços ambulatoriais e hospitalares.

Os protocolos baseados em evidências científicas garantem aos profissionais de saúde, maior confiabilidade para execução das ações de saúde. O modelo biopsicossocial de atendimento, essencialmente às pessoas com doenças cardiovasculares, proporciona maior exatidão nas condutas relacionadas aos diversos aspectos que esta patologia têm como coadjuvante para sequelas e comorbidades.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) regulamenta que é preciso estimular a efetiva transformação do modelo de atenção através da compreensão de que as condições de saúde neste contexto obtenham desenvolvimento dos trabalhadores e direção dos serviços em desempenho dos imperativos e da satisfação dos usuários. A representação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) analisa a

necessidade de se distinguir a qualidade da Atenção Básica produzida e ofertada à população, com o escopo de alterar a mudança do método de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por mudanças nos usuários e trabalhadores.

4.2 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial distinguida por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). As alterações funcionais e/ou estruturais agregadas dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as complicações metabólicas, com conseqüente acréscimo do risco de episódios cardiovasculares fatais e não fatais. Os fatores básicos de risco incluem: idade principalmente acima de 50 anos; prevalência semelhante entre ambos os sexos, estando mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subseqüentes; pessoas não brancas; peso em demasia; sedentarismo; ingesta elevada de sal e álcool e fatores socioeconômicos e genéticos (BALADI, 2011).

O descontrole da PA está relacionado ao estilo de vida com padrões e hábitos alimentares inadequados, essencialmente a ingesta excessiva de sal, mínimo consumo de vegetais, sedentarismo, obesidade e consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Pacientes obesos deveriam frequentar programas de emagrecimento com restrição de ingestão calórica focando a atividade física como uma estratégia comportamental para a redução do peso, uma vez que esta redução pode levar à queda de insulinemia, a redução da sensibilidade do sódio e a atividade do sistema nervoso simpático como mecanismos coadjuvantes na estabilização da PA e prevenção de patologias cardiovasculares (ORTEGA; SILVA; MION JUNIOR, 2006).

Autores descrevem que as mudanças nos hábitos alimentares são um dos obstáculos e problemas relacionados às dificuldades relativas à própria dieta, à questão financeira, à deficiência de disponibilidade de certas espécies para a aquisição e à concordância da família em respeitar as orientações da equipe de saúde (RIBEIRO et al., 2012).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de modos de vida pouco benéficos como a ociosidade física, dieta imprópria, sobrepeso e obesidade e o tabagismo são avaliados os amplos responsáveis pelo avanço da incidência e prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) entre elas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus que são responsáveis pela principal causa de mortalidade e de hospitalizações, de

doença cardiovascular, como AVC e IAM, de amputações de membros inferiores (BRASIL, 2012).

Dados epidemiológicos da UBS anunciam que as doenças mais comuns que levam a óbito estão diretamente ligadas às condições de hipertensão, diabetes, sedentarismo, sendo a causa mais comum de morte o AVC, o IAM, dentre outros. Consolim-Colombo (2012) menciona que a precaução primária e a detecção precoce são as maneiras mais eficazes de impedir as doenças cardiovasculares e devem ser objetivos primordiais dos profissionais de saúde. A determinação terapêutica deve ser fundamentada no risco cardiovascular, considerando-se a apresentação de fatores de risco, prejuízo em órgão-alvo e/ou moléstia cardiovascular instituída e não apenas no nível de pressão arterial.

A HAS é uma patologia desencadeada por diversos fatores dos quais é imprescindível seu controle para prevenção do risco de morbimortalidade por condições cardiovasculares incluídas, principalmente à ausência de informações desses fatores e do seu grau de controle, incluindo crenças e comportamentos inadequados quanto ao risco de doença arterial coronária (GAMA, 2009).

A elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular transformáveis envolve desinformação a propósito da prevenção na população hipertensa, a qual implica na obrigação de medidas de saúde pública que requeiram educação e prevenção primária apontada, sobretudo, para pessoas em idade avançada e com sobrepeso (COLTRO et al., 2009).

Os fatores de risco modificáveis que colaboram para aquisição de HAS envolvem a “idade, os fatores genéticos, gênero e etnia, fatores socioeconômicos, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, ingestão de álcool, tabagismo e hábitos alimentares” (WESCHENFELDER; GUE, 2012, p. 359). A intervenção dos profissionais da ESF devem realizar seu papel na prevenção, no tratamento e na recuperação das sequelas e das comorbidades decorrentes das doenças cardiovasculares.

Plavnik (2012) descreve que para obter história clínica completa do portador de hipertensão arterial, deve-se ter especial atenção aos elementos complacentes referentes ao tempo e ao tratamento precedente de hipertensão, aos fatores de risco, aos vestígios de hipertensão secundária e de detrimentos de órgãos-alvo, as condições socioeconômicas, às distinções do modo de vida do paciente e ao consumo pregresso ou atualizado de fármacos que podem intervir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, entre outros).

4.3 DESEMPENHOS DO MÉDICO DA ESF NA TERAPÊUTICA DA HAS

A HAS é diagnosticada pela detecção de graus aumentados e sustentados de PA pela medida casual. A aferição da PA deve ser realizada em toda avaliação e assistência médica de qualquer especialidade e também por outros profissionais da saúde (BRANDÃO, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a HA apresenta curso assintomático, o diagnóstico e a clínica são comumente descuidados, adicionando a isso a baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito. Isso leva descontrolado e às sequelas e complicações que poderiam ser impedidas ou, no ínfimo, restringidas. O acompanhamento e o tratamento desta clientela na ESF é uma estratégia imprescindível para garantir o desempenho efetivo das linhas de cuidado das DCNT's, com ênfase nos portadores de hipertensão e diabetes seguidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

O NASF, criado pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, tem como desígnio apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e expandir a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como o acréscimo das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2011).

A medicina de família é administrada por princípios que envolvem o médico de família e comunidade como um profissional qualificado, com prática influenciada pela necessidade de assistência da comunidade, deve ser tido como um recurso de uma população definida e a relação profissional-pessoa tende a ser essencial no desempenho do Médico de Família e Comunidade (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2011).

Embora haja acesso da população hipertensa a consultas e a medicamentos e de se mostrarem contentadas, a baixa magnitude de pessoas com PA controlada sugere que a assistência adequada à clientela com HAS nas unidades de ESF continua como desafio.

A aderência à clínica sugere, ao menos em parte, o costume como as pessoas compreendem e admitem o cuidado com sua saúde. “Nesse sentido, contém um forte componente relacional manifesto nos processos interativos entre pessoas que necessitam de cuidado e o serviço de saúde que deve prestá-lo” (Helena; Nemes; Eluf-Neto, 2010, p. 623).

O médico deve ser considerado uma das ferramentas essenciais na ESF, para exercer atribuições, liderar a equipe e introduzir novos conhecimentos, sobretudo sobre as políticas públicas da Atenção Básica. Sua intervenção precisa exigir a complexidade do cuidado

baseada na implementação de um plano de ação e intervenção visando promover práticas promocionais, preventivas e reabilitadoras de assistência, principalmente aos hipertensos.

Para Alves e Nunes (2006) a análise dos procedimentos de consultas dos pacientes hipertensos apontam três tendências de sua direção pelos médicos. A primeira se diferencia pela centralidade da queixa demandada pelo paciente, dos exames físicos e laboratoriais, e pela evidência conferida ao uso da medicação e a estabilidade da pressão arterial. A segunda tendência se caracteriza pelo acréscimo da averiguação de distintos problemas de saúde, com efetivação de uma anamnese clínica ampla, e enfoque de fatores de risco à saúde. Nesta tendência, a dimensão psicossocial, que descreve o sofrimento do paciente e suas relações interpessoais e afetivas com a família e a participação desta no cuidado, poderá ser promovida em consequência do tipo de questão estabelecida pelo médico, sem que, contudo, seja acionada à condução da consulta e compreensão da condição de saúde do paciente. A última tendência ressaltada assinala-se especialmente pela abordagem médica centralizada no paciente e em sua qualidade de vida. Sem deixar de atentar para a dificuldade de saúde aparente, o médico estabelece pontos ao paciente que permitem a este a ampliação de sua história e, logo, da abrangência do problema.

5 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica a partir de fontes científicas relacionadas ao tema, como livros, artigos, monografias, dissertações e teses na base de dados de Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na SCIELO, LILACS, BIREME. A pesquisa e a redação deste trabalho serão também embasadas na prática clínica da atenção primária. O material utilizado incluirá publicações referentes à hipertensão arterial sistêmica, desempenho do médico na ESF e a importância da saúde pública.

6 PLANO DE AÇÃO

O planejamento de ações promocionais na área de saúde pública é evidenciado por diversos manuais, especialmente do Ministério da Saúde. Através da problematização, eleita como melhor metodologia de ensino, é que as possíveis ações de saúde sejam mais bem despertadas aos interesses da população. A conscientização da necessidade de tratamento envolve a capacidade intelectual e cognitiva de cada pessoa, a qual muitas vezes precisa de acompanhamento de outros profissionais, além do médico e do enfermeiro das UBS e ESF.

Souza (2011) descreve que a conservação de um modelo curativista, enfatizado pela gestão municipal de algumas secretarias de saúde, resulta para as equipes das UBS/ESF em um processo de trabalho desordenado. A partir desta dificuldade, a elaboração de um projeto visando operacionalizar o acompanhamento dos hipertensos pela ESF torna-se eficaz. A criação de uma agenda programada com objetivos traçados, a realização de grupos operativos/educativos para hipertensos; consultas complementares e de acompanhamento feitas pela enfermagem e por outros profissionais após os grupos operativos/educativos; sendo atendimentos e consultas domiciliares no caso de usuários acamados; e visitas domiciliares do agente comunitário de saúde para todos os hipertensos cadastrados podem implementar a melhoria da assistência e adesão do paciente hipertenso ao tratamento.

O Ministério da Saúde constantemente moderniza as tecnologias de educação em saúde, com cartilhas, programas educativos, empenho de uma equipe multiprofissional, com o desígnio de restringir o número de letalidade com referência a hipertensão arterial. Mesmo assim, evidencia a uma necessidade ampliada de orientação quanto aos danos que esta doença pode ocasionar em médio prazo, principalmente pelo descuido ou esquecimento de utilizar os medicamentos (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2010).

A falta de realização competente das atividades; a inutilização de protocolos; e a falta de equidade na classificação de consultas, são problemas situacionais da maioria das UBS. As recomendações para o enfrentamento dos nós críticos da rede de saúde pública das equipes de ESF visam elaborar agenda planejada, conforme as necessidades da clientela hipertensa cadastrada na UBS. Empregar protocolos sistematizados e implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão poderá ampliar ações preventivas, tendo como foco o plano de intervenção baseado num projeto piloto de implementação das ações de prevenção e recuperação do paciente hipertenso (SOUZA, 2011).

A HAS é um enorme problema mundial de saúde pública. A importância de assistir esta clientela priorizada na ESF requer urgência em um planejamento de saúde que contemple ações educativas na capacidade de enfrentamento a esta patologia por profissionais de saúde da UBS, essencialmente o médico. Portanto, a criação de um planejamento sistematizado visa traçar um projeto individualizado que considere as condições sócio culturais e ambientais de cada paciente portador de HAS.

Na contemporaneidade, o nó crítico em relação à assistência médica aos portadores de HAS na ESF é a grande demanda de usuários em busca de consultas, receitas e demais serviços burocráticos que impedem o médico de executar outras atribuições de promoção à saúde do hipertenso. A ação para realizar grupo operativo de hipertensos será criada em um período de duas horas mensais para clientela propensa a hipertensão e para pessoas que já possuem o diagnóstico de HAS.

O objetivo é diminuir o número de novos casos de hipertensos e estabilizar as pessoas que já possuem diagnóstico de HAS. Com esta intervenção espera-se identificar durante os procedimentos médicos, pessoas cadastradas na área de abrangência com maior conscientização sobre a problemática da HAS e suas complicações. O resultado é evidente na diminuição do número de pessoas com HAS.

Os atores sociais deste plano envolverão as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a equipe de enfermagem e a equipe do NASF. As responsabilidades se distinguem na busca ativa pelas ACS, na triagem pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, o acolhimento pela enfermeira e o matriciamento pelo NASF. Os recursos necessários serão recursos humanos, na estrutura física da própria UBS, com materiais próprios da unidade. A viabilidade será a execução do grupo operativo com membros da equipe em momento exclusivo para tal ação. As ações estratégicas são intensificar a atividade física, a mudança nos hábitos alimentares, o uso adequado das medicações e o acompanhamento no Hiperdia.

O responsável pelo projeto será o médico lotado na ESF por ser o criador do plano de intervenção e pelo interesse da população ainda estar centrada no modelo biomédico.

O projeto terá duração de seis meses, podendo ser estendido conforme dados resultantes deste grupo. A gestão do projeto será realizada por meio de dados epidemiológicos referente à diminuição de novos casos de HAS, assim como número de internações por doenças cardiovasculares e escassez de novos casos.

A metodologia que seguirá o Plano de Ação deste trabalho envolverá cronologia de acordo com etapas a serem seguidas conforme o diagnóstico realizado em uma UBS/ESF,

cujo resultado identificou número alto de portadores de HAS, sendo imprescindível uma política sistematizada para esta clientela, prevenindo complicações cardiovasculares seguidas de óbitos e objetivando criar a conscientização da população escrita neste programa. Assim o Plano de Ação, envolverá a seguinte ordem:

- 1 - Apresentar este estudo à equipe, à gestão municipal e ao Conselho Municipal de Saúde para avaliação;
- 2 – Realizar horário de educação continuada para a equipe (uma vez/mês);
- 3 – Realizar cadastro, busca ativa e visita domiciliar para pacientes ausentes nas consultas rotineiras do Hiperdia e ou acamados;
- 4 - Criar uma ficha sistematizada para consulta específica do portador de HAS;
- 5 – Realizar acolhimento em casos de crise hipertensiva, independente da agenda programada;
- 6 – Identificar dados epidemiológicos visando indicadores por idade, gênero, etnia, cultura, padrões sociais de consumo de álcool e outras drogas, índices metabólicos;
- 7 - Realizar ou utilizar cartilhas do Ministério da Saúde para utilização em grupos operativos de pacientes, utilizando a equipe de matriciamento do NASF para auxílio ou encaminhamento de casos mais graves;
- 8 – Implementar políticas de incentivo ao usuário para se auto responsabilizar por suas ações de saúde através de cartilhas de direitos e deveres dos usuários;
- 9 – Realizar a concretização do projeto em doze meses e avaliar diminuição dos índices de novos casos de HAS, de estabilização dos casos diagnosticados e na diminuição do número de complicações e número de óbitos;
- 10 – Apresentar resultados à equipe/ESF/Gestão/População adstrita/ Conselho Municipal de Saúde.

Portanto, é possível verificar que mesmo com pouca adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, a conscientização da população em relação à doença e suas complicações, deverá ser ofertada em grupos operativos/rodas de conversa, visando a educação em saúde como área do conhecimento político-didático, como uma técnica intrínseca ao conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde promovendo que os profissionais de saúde adotem a função de instrutores e não meros fornecedores de receitas e medicamentos, devendo assim, fornecer assistência adequada e orientação para viabilizar as transformações de estilo de vida e logo o controle da hipertensão arterial, em consonância com as políticas de educação em saúde do Ministério da Saúde, em programas e em cartilhas de acesso e

entendimento facilitado a população no desígnio de combater, reduzir e transversalmente do conhecimento educar (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2010).

7 DISCUSSÃO

Diante da análise da situação organizacional do PSF Alvorada foi de extrema valia e importância elencar os aspectos causais que expuseram os problemas cardiovasculares como resultado preocupante vigente de intervenção baseada em evidência. É aconselhável trabalhar com ações promocionais, preventivas e terapêuticas para esta clientela de patologias hipertensivas, mas observa-se infraestrutura em condições físicas inadequadas, com espaço físico pequeno, divididas e reformadas sem projeto arquitetônico específico e mal distribuídas. Existe carência de medicação, pois a farmácia básica foi centralizada, materiais hospitalares permanentes em deterioração, e principalmente, saúde centrada no cuidado médico, demonstrado pela elevada busca de atendimentos preferenciais por este profissional. Grupos de atividade física, nutricionais e fisioterápicos ofertados pelo NASF são elementares e com baixa adesão.

De acordo com as intervenções levantadas do diagnóstico situacional da UBS/ESF Alvorada, várias intervenções serão implementadas a partir da concretização deste trabalho, incluindo: inovação das atividades profissionais com remuneração adequada, delinear políticas públicas, estruturar e sistematizar assistência à saúde para este grupo populacional através de palestras com temas referentes ao tabagismo e alcoolismo; promover parceria com o NASF e grupos operativos para prevenir a obesidade; desenvolver apoio diagnóstico e assistência farmacêutica, conscientizar os ACS no acompanhamento e na busca ativa, principalmente para os hipertensos descompensados, promover estratégias que levam a clientela hipertensa à mudança de estilo de vida; criar programas e encaminhamentos a serviços especializados para incentivar o abandono do álcool e tabagismo e técnicas para conscientizar a necessidade do uso correto e adequado das medicações anti-hipertensivas.

Dinamizar as ações de saúde pública na atenção primária deve ser uma conscientização coletiva de assistência polissêmica a determinada população, contando que a corresponsabilidade do usuário e do sistema de saúde, devem ser compartilhadas para a integralidade do cuidado. A adesão ao tratamento para prevenção de HA e suas comorbidades também devem ser esclarecidos à esta clientela no momento de conscientização da prescrição médica e de cuidados equacionais a singularidade de cada caso.

Ortega; Silva; Mion Júnior (2006) mencionam que a falta de adesão ao tratamento farmacológico pode ser melhorada com a redução do número de tomadas diárias de

medicamentos anti-hipertensivos, adoção de métodos para aumentar a motivação do paciente ao tratamento e com a criação de intervenções complexas com o desenvolvimento de programas de educação do paciente.

O novo modelo assistencial em saúde proposto em 1997 e constituído na ESF tem por objetivo a atenção básica à saúde e as ações de promoção e prevenção. Configura um novo meio de agir em saúde em que as responsabilidades pela assistência devem ser divididas pelas famílias e pelas equipes da UBS. “Responsabilidade, co-responsabilidade, autonomia, co-gestão são termos que aparecem com freqüência nos documentos oficiais que tratam da saúde da família”(GELINSKI, 2011, p. 98). A autora ainda descreve que as percepções são realizadas em dois sentidos: como delimitação das atribuições e competências de cada ente federativo e como estabelecimento das responsabilidades entre as pessoas envolvidas, sobretudo os usuários e os trabalhadores em saúde. Observa-se que no primeiro sentido há uma definição clara das funções que cada nível da federação desempenha e já no segundo sentido há uma situação polar: enquanto os profissionais de saúde têm as suas funções estabelecidas, parece não haver o mesmo esclarecimento no que tange aos encargos das famílias nas co-responsabilidades pelas ações e cuidados em saúde.

Com a ampliação do acesso do cidadão aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, a culpabilização pelos fracassos na assistência em saúde tende a mudar de lado. O que anteriormente era considerado culpa do sistema, pela ausência de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser culpa do usuário se, ao ter acesso, não responsabiliza pelo o autocuidado adotando o tratamento indicado (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

A falta de compromisso dos pacientes hipertensos em seguirem normas de tratamento é muitas vezes, relacionados à auto responsabilização pelos riscos. A política de saúde atual diversifica padrões terapêuticos, equipe multidisciplinar, medicamentos essenciais no controle da HAS e cada vez mais, realiza capacitações dos profissionais de saúde em prol da prevenção das complicações cardiológicas e mortalidade. Portanto, é o usuário do sistema e principalmente o paciente hipertenso que configura complicações levando-o ao óbito. Observa-se resistência em mudar hábitos alimentares, de ingestão de bebidas alcólicas, uso de outras drogas, de realizarem atividade física e tratamento psicológico, entre outras mudanças de comportamento são inerentes aos riscos de maiores co-morbidades.

De acordo com Rufino; Drummond e Moraes (2010) acredita-se que fundamentando no princípio de que a conscientização dos pacientes hipertensos é perpetrada através do conhecimento das complicações e não da ciência empírica da doença, e que o grande desafio

dos profissionais de saúde, tanto no sentido de modificações educacionais próprias, exigem da responsabilidade na adesão a terapêutica por parte do cliente, quanto na educação do mesmo.

Os autores revelam, portanto, que é válido adotar a aderência à terapêutica como componente do efeito desejável do cuidado em saúde e, por conseguinte, tomar a prevalência de não adesão como identificador de problemas na categoria do processo de cuidado em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hegemonia do poder médico ainda é atuante no Brasil. Nessa premissa, a população chega às consultas médicas com demandas baseadas em seu conhecimento sócio cultural buscando resoluções curativas. Na política contemporânea de saúde, o Ministério da Saúde implementa novos atores para complementar as ações na ESF, enfatizando os múltiplos saberes através da equipe de odontologia e do NASF, além da equipe básica da ESF. Assim, nesta abordagem a hegemonia do poder médico tende a estabelecer vínculos e trocas de saberes entre os profissionais, estabelecendo desta forma, a atenção multiprofissional. Em se tratando da execução do plano de ação para grupo de hipertensos, a hegemonia médica poderá ser um fator positivo para participação da clientela hipertensa, o que poderá ser introduzido novos conhecimentos a partir da participação desta população que possivelmente busca no profissional médico a cura de suas enfermidades.

A HAS é uma patologia com elencados fatores de risco, em que a obesidade, por nutrição inadequada, seguida de arriscados hábitos de vida, como uso do tabaco, da bebida alcoólica e outras drogas, fatores de hereditariedade, etnia, fatores sócio culturais, mentais, entre outros contribuem para o risco de HAS e conseqüentemente de sequelas podem piorar a assistência na ESF. As complicações, como o AVC, IAM, insuficiência renal e outras patologias são os vilões que excedem a demanda de consultas clínicas na ESF, cabendo ao médico identificar fatores de proteção que podem minimizar o sofrimento da clientela de sua área de abrangência.

As ações a serem realizadas pela equipe da ESF envolvem essencialmente, o acolhimento, a escuta, o vínculo e a elaboração de um projeto terapêutico compartilhado com a equipe do NASF, dentro da individualidade de cada pessoa propensa a HAS ou que já esteja com diagnóstico. O atendimento médico humanizado com respeito às potencialidades do paciente, principalmente através da conscientização e da problematização no grupo operativo para implantação do plano de ação poderá ser a grande chance de uma resposta efetiva na promoção, prevenção e recuperação no tratamento desta clientela com doenças cardiovasculares.

Conclui-se que são diversos os fatores e condições que causam comorbidades em pessoas hipertensas, bem como o elevado índice de sequelas e mortalidade. O

acompanhamento pela ESF é um mecanismo eficiente de busca ativa desta clientela, o que evidencia também a necessidade de co-responsabilização do cliente hipertenso.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)** [online]. 2006, vol.10, n.19, pp. 131-147. ISSN 1807-5762. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a10v1019.pdf>. Acesso em 28/02/2014.

AMORIM, M. I. S. P. L. **Para lá dos números... aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2**. Doutor em Saúde Mental. Tese. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. . Rio de Janeiro, 2011.

BALADI, R. **Hipertensão arterial sistêmica – HAS. Caso complexo 11: Sérgio**. Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Saúde da Família. São Paulo, 2011.

BRAGA, E. R. **Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia, saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Trabalho de Conclusão de Curso em Programa Saúde da Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba. Uberaba, 2006.

BRANDÃO, A. A. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.1, p.5-6, 2010. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABox0AB/13-sexta-diretrizes-brasileiras-hipertensao-arterial-rev-bras-hipertens-vol-17-1-4-2010>>. Acesso em 1 de fev 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Caderno 7: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. Protocolo Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno de Atenção Básica, n. 15. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: passo a passo das ações do departamento de atenção básica**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012.

CAMARGO-BORGES, C., JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 64-71. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/07.pdf>>. Acesso em 15 de fev 2014.

COLTRO, R. S. *et al.* Frequência de fatores de risco cardiovascular em voluntários participantes de evento de educação em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras. [online]**. 2009, vol.55, n.5, pp. 606-610. ISSN 0104-4230. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/28.pdf>>. Acesso em 01 de fev 2014.

CONSOLIM-COLOMBO, F. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de risco. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.1, p: 5-6, 2010. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABox0AB/13-sexta-diretrizes-brasileiras-hipertensao-arterial-rev-bras-hipertens-vol-17-1-4-2010>>. Acesso em 1 de fev 2014.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. **Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro**. UNASUS/UNIFESP. São Paulo, 2011. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf>. Acesso em 10/02/14.

GAMA, G. G. G. **Fatores de risco cardiovascular, crenças e atitudes de indivíduos com doença arterial coronária**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, 2009.

GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia de Saúde da Família. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n. 19, , 2011.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saude soc. [online]**. v.19, n.3, p. 614-626, 2010. ISSN 0104-1290. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/13.pdf>>. Acesso em 09 de fev de 2014.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia Clínica e Controle da Hipertensão Arterial nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. **Arq Bras Cardiol**. v.95, n.2, p.223-229, 2010, 2010.

IBGE. **População de Carmo do Paranaíba - MG.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=311430>> . Acesso em 04 de fev de 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Adscrição dos municípios e da população do estado por macrorregião e microrregião com população estimada para 2007. AGR/GRIS.** Belo Horizonte, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes.** Brasília, 2010.

ORTEGA, K. C.; SILVA, G. V.; MION JUNIOR, D. Hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 63, ed. especial, São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.deciomion.com.br/medicos/artigos/artigos_decio/Artigo_Hipertensao_Arterial_Sistematica_www-deciomion-com-br.pdf>. Acesso em 15/02/2014.

PLAVNIK, F. L. Decisão terapêutica e metas. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.1, p: 5-6, 2010. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABox0AB/13-sexta-diretrizes-brasileiras-hipertensao-arterial-rev-bras-hipertens-vol-17-1-4-2010>>. Acesso em 01 de fev de 2014.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública.** Santa Catarina, v.45, n.2, p. 258-68 , 2011.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev Nutr. [online]**, v.25, n.2, p. 271-282, 2012. ISSN 1415-5273. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>>. Acesso em 03 de fev de 2014.

RODRIGUES, C. I. S. Diagnóstico e classificação. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.1, p: 5-6, 2010. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABox0AB/13-sexta-diretrizes-brasileiras-hipertensao-arterial-rev-bras-hipertens-vol-17-1-4-2010>>. Acesso em 1 de fev de 2014.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND; R. A. T. MORAES, W. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **J Health SciInst.** Campinas, v.30, n.4, p. 336-342, 2012. Disponível em <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_outdez/V30_n4_2012_p336a342.pdf>. Acesso em 1 de fev de 2014.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. **Nescon/UFMG.** Coopmed. Belo Horizonte, 2009.

WESCHENFELDER, M. D, GUE M. J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista Enfermería Global**. n. 26 abr. 2012. Disponível em <www.um.es/eglobal/>. Acesso em 02 de fev de 2014.