

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YANET SECADES ROMAN**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. UNIDADE DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE SANTA CRUZ, JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

**JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS,**

**2016**

**YANET SECADES ROMAN**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. UNIDADE DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE SANTA CRUZ, JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

**JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.**

**2016**

**YANET SECADES ROMAN.**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. UNIDADE DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE SANTA CRUZ, JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS:  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Maria José Moraes Antunes.

Examinador 2: Prof. Edison José Corrêa.

Aprovado em Belo Horizonte, MG em 26 de maio de..2016

Dedico meu trabalho para todos os que tanto me apoiaram,

em especial

minha revolução, meu presidente, meus Pais e meu esposo.

## **AGRADECIMENTOS**

A meus professores, meus companheiros da turma, amigos que me ajudaram nos momentos de maior dificuldade.

"Vale milhões de vezes mais a vida de um único ser humano do que todas as propriedades do homem mais rico da terra".

Ernesto Che Guevara.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de difícil adesão ao tratamento, em função da necessária mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo na terapia medicamentosa. Consideramos que o conhecimento a respeito dessa adesão e dos fatores a ela relacionados podem direcionar ações facilitadoras de maior aderência dos pacientes ao seu tratamento, e em consequência reduzir as complicações da doença e os indicadores de morbimortalidade por esta doença. Nesse sentido, o presente estudo tem por finalidade descrever os principais problemas em saúde da região coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Cruz, área de abrangência 37 Vila Paraíso, em Juiz de Fora, e entre eles destacar o problema de maior significância, identificar seus nós críticos, causas e consequências. A metodologia escolhida para fazer o plano de ação foi a do Planejamento Estratégico Situacional, seguida da revisão teórica e científica dos aspectos que levam a maior adesão do paciente ao seu tratamento. Com a aplicação do plano elaborado pode-se ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto foi possível através da implantação de ações como: diagnosticar precocemente e cadastrar os hipertensos, manter a população bem informada sobre o assunto e organizar o serviço para um melhor atendimento aos pacientes hipertensos.

Palavras chaves: Hipertensão, Saúde da família. Planejamento em saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a disease of difficult treatment adherence, depending on the required change in living habits and active participation of the individual in drug therapy. We believe that knowledge about this and her related factors can direct actions facilitated greater adherence of patients to their treatment, and consequently reduce the complications of disease and morbidity and mortality indicators for this disease. In this sense, the present study aims to describe the main problems in health in the region covered by the Family Health Strategy Santa Cruz, area 37 Paradise Village, in Juiz de Fora, and among them highlight the problem of greater significance, identify its critics, causes and consequences. The methodology chosen to make the action plan was the Situational strategic planning, followed by theoretical and scientific review of the aspects that lead to higher patient compliance to treatment. With the implementation of the plan can help the team improve its performance with users. This was made possible through the implementation of actions such as: diagnose early and register the hypertensive, keep the population informed about the subject and arrange service for a better service to hypertensive patients.

**Keywords:** Hypertension, Family Health Strategy, Health planning.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- CMS**- Conselho Municipal de Saúde
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- ESF**- Equipe Saúde da Família
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- MG**- Minas Gerais
- NASF** - Núcleo de Assistência a Saúde da família
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM** - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS**- Unidade Básica de Saúde
- UPA**- Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Distribuição da população segundo a faixa etária	16
Quadro 2. Classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos	22
Quadro 3. Priorização dos problemas identificados	37
Quadro 4. Descritores do problema	38
Quadro 5. Desenho das operações para os “nos críticos” do problema	41
Quadro 6. Identificação dos recursos críticos	42
Quadro 7. Plano de intervenção	43

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISAO BIBLIOGRAFICA	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERENCIAS	47

## 1 INTRODUÇÃO

### **Diagnóstico situacional**

O município Juiz de Fora se encontra localizado na zona da Mata, a sudeste de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. A área do município é de 1 437 km<sup>2</sup>, representando 0,245% do território mineiro. Desse total, 317,74 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. É ainda o município mais extenso da Zona da Mata, apresentando uma densidade populacional de 359,59 habitantes por km<sup>2</sup>. A cidade possui 200.720 domicílios, entre apartamentos, casas, e cômodos. Desse total, 142.168 são imóveis próprios 70,8% conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

O município conta ainda com uma importante tradição cultural, que vai desde o seu artesanato até o teatro, a música e o esporte; também é destaque no turismo, com seus diversos atrativos culturais, naturais e arquitetônicos. É referência em saúde e educação, possuindo uma rede de assistência à saúde bem equipada, e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora, uma das melhores do país. Atualmente, Juiz de Fora é um importante polo industrial, cultural e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Juiz de Fora é a quarta cidade em população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e estão entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos.

A renda per capita média de Juiz de Fora cresceu 72,85% nas últimas duas décadas, passando de R\$607,97 em 1991 para R\$828,93 em 2000 e R\$1.050,88 em 2013. A taxa média anual de crescimento foi de 36,34% no primeiro período e 26,78% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 5,06% em 1991 para 2,31% em 2000 e para 0,88% em 2013. O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, telefonia

fixa e telefonia celular. O 95,30% dos domicílios são atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 97,05% das moradias possuem coleta de lixo e 93,69% das residências possuem escoadouro sanitário (IBGE, 2010).

O Programa Saúde da Família atende 264.805 pessoas ou uma cobertura de 45,2% do total da população do município. O município não conta com NASF nem CEO (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

O atendimento hospitalar de média complexidade é propiciado por hospitais conveniados ao SUS, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Segundo informação da Subsecretaria de Regulação, a rede hospitalar no município, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) possui um total de 2.564 leitos, sendo 1.872 leitos conveniados SUS, incluindo leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, UTI/Adulto e Neonatal, Hospital Dia/AIDS e outras especialidades. O transplante de órgãos, tecidos e células, prestado pelo município são considerados procedimentos estratégicos, financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (Juiz de Fora, MG, Secretaria de Saúde, Plano de Saúde 2014).

### **Caracterização do território / área de abrangência**

Pouco se sabe sobre a verdadeira história da unidade Santa Cruz. O que se conhece é o fato de que na região onde esta situada, existia uma fazenda, que por falta de pagamento de impostos pelo proprietário, foi desapropriada pela prefeitura. Neste terreno, em 1992 foi inaugurada, a UAPS Santa Cruz, nomeada Unidade de Saúde pelo prefeito e pelo Secretário Municipal de Saúde. Visto que sua estrutura física não atendia as necessidades dos profissionais e dos usuários, a unidade passou por reformas e recebeu ampliações sendo reinaugurada em junho de 2006 e recentemente foi ampliada no ano 2014. A unidade de saúde de Santa Cruz se encontra ao norte do município de Juiz de Fora, está situada na Rua Dr. Antonio Mourão Guimarães 245, Bairro Santa Cruz/ CEP 36088280, de fácil acesso para toda a população, pois fica dentro da comunidade. A UAPS conta com quatro equipes de Estratégia de Saúde da família, áreas 23, 37, 38 e 49 e abrange os bairros Santa Cruz, Alta Santa Clara, Santos Claros e São Damião (JUIZ DE FORA, 2014).

**Aspectos demográficos da área de abrangência (área 37 Vila Paraíso):**

- ✓ Famílias-----953.
- ✓ Habitantes-----3679.
- ✓ Nível de alfabetização----- aproximado de 70%.

**Quadro 1** - População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe...  
(ESF) Vila Paraíso, Santa Cruz, Juiz de Fora, 2015.

<b>Faixa etaria</b>	<b>Total</b>
Menor 1ano	26
1 - 4 anos	161
5- 9 anos	347
10- 14 anos	381
15- 19 anos	341
20- 49 anos	1683
50- 59 anos	319
60 anos e mais	421
<b>Total</b>	<b>3679</b>

Fonte: Próprio Autor.

Aproximadamente 65% da população trabalham; os principais postos são do setor de serviços e de comércio local, como lanchonete, restaurante, venda de alimentos, com condições socioeconômicas relativamente baixas.

A maioria da população tem condições regulais da vivenda (pois algumas vivendas têm dificuldades estruturais e saneamento); vivem de seu emprego e ou têm locais comerciais. Antigamente as pessoas faleciam de doenças infecciosas mais agora essa condição mudou, as doenças crônicas (Hipertensão, Diabetes Mellitus, Doenças Cerebrovasculares) são as predominantes na população com suas consequências. Ultimamente estão voltando algumas doenças infecciosas como a Tuberculose Pulmonar.

### **Recursos da comunidade:**

- ✓ Laboratório: ----- 1
- ✓ Escolas: -----4
- ✓ Creches: -----2
- ✓ Igrejas: -----10

Os serviços da comunidade como a água, luz elétrica e telefonia estão disponíveis, não há serviço de correios nem banco, existe uma Caixa lotérica.

A população ainda esta muito condicionada ao atendimento medico, principalmente por demanda espontânea, algumas ações já foram desenvolvidas para mudar este cenário, mas sem muito impacto. Existe conselho de saúde o que facilita o dialogo entre a equipe e comunidade.

A equipe da área 37 conta com os seguintes profissionais: uma enfermeira, um, técnico de enfermagem, um médico, uma técnica de farmácia, quatro agentes comunitários. faltam dois agentes para completar a cifra de seis.

Nesta UBS o atendimento está baseado no Plano Diretor da Atenção Primaria a Saúde (PDAPS) e a uma proposta do Governo do Estado de Minas Gerais que visa melhorar a qualidade dos serviços na Atenção Primaria de Saúde (JUIZ DE FORA, 2014).

A dinâmica de trabalho esta organizada da seguinte forma: consulta médica com agenda programada e reserva para consulta de urgência, alem de vagas livres a demanda para a população, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, realização de procedimentos ( aferição de pressão arterial, administração de medicação, curativo, nebulização, coleta de exames), atividades educativas, puericultura, consultas de Hiperdia, consulta de Pré- Natal e puerperal, planejamento familiar, abordagem global do idoso, busca ativa e cadastramento das famílias pelos ACS, atendimento do serviço social, condicionalidade de bolsa de família, ações de vigilância em saúde, exame preventivo, marcação de consultas (CMC), vacinação, acolhimento, recepção para marcação de consultas. A unidade funciona de segunda-feira até sexta-feira, no horário de 07h00min - 11h00min e de 13h00min - 17h00min.

A equipe de saúde elegeru a falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial como problema prioritário da área de abrangência por ter constado que os pacientes

portadores de HAS do Programa de Saúde Família de Santa Cruz não vêm realizando o tratamento conforme as orientações dadas pelos profissionais da EFS (Equipe de Saúde da Família) existe um subdiagnóstico dessa doença apesar de ter uma alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar na população idosa até 50%, e pela importância desse problema para a saúde pública, em especial para a Atenção Básica (JUIZ DE FORA, 2014).

## **2 JUSTIFICATIVA**

Justifica este estudo a pouca adesão ao tratamento pelos portadores de HAS da população alvo e a sua relação com o fato de muitos pacientes manterem-se com PA (Pressão Arterial) elevada. Estas observações foram constatadas em visitas domiciliares e durante o atendimento individualizado e confirmam um grave problema, uma vez que a HAS não tratada adequadamente, diminui a expectativa e qualidade de vida dessas pessoas.

Dessa forma destaca-se a importância do incentivo a adesão ao tratamento e controle da hipertensão, no grupo de pacientes que carecem de grande cuidado e que respondem de forma muito positiva.

De acordo com Costa (2014) a educação em saúde constitui uma estratégia adequada para ensinar o hipertenso sobre sua doença e os modos de viver melhor sendo um dos maiores desafios para a equipe de saúde da família junto aos usuários hipertensos para obter adesão ao tratamento e para isso são exigidas ações organizadas, descrita em um plano de ação.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

Elaborar um plano de intervenção para elevar a adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes inscritos na UBAS Santa Cruz, área 37 Vila Paraíso.

#### **Específicos**

1. Propor ações que ampliem o nível de conhecimento dos portadores de hipertensão arterial acerca da enfermidade.
2. Propor ações sobre hábitos e estilos de vida inadequados e fatores associados a não adesão à farmacoterapia antihipertensiva.
3. Selecionar protocolos e normas técnicas de enfrentamento à baixa adesão ao tratamento da hipertensão que possibilitem melhor processo de trabalho da ESF e educação permanente dos profissionais para enfrentar o problema e manter continuidade da atenção.

#### 4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta do plano de ação, primeiramente foi realizado um diagnóstico situacional, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) no período de estudo, com a colaboração da equipe de saúde de Santa Cruz.

A metodologia para o diagnóstico dos problemas de saúde da população utilizou o método de estimativa rápida, um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos existentes e potenciais para seu enfrentamento, em um curto período de tempo, sem gastos. A estimativa rápida é uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo; envolvendo a população neste processo, que ajudam na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a identificação dos principais problemas da área de abrangência utilizaram-se os dados coletados pelo método da estimativa rápida, consultas aos registros escritos da unidade da ESF Santa Cruz, entrevistas com informantes-chave da área de abrangência e observação ativa do território. Os problemas analisados foram discutidos com a equipe, quando se definiu o problema prioritário e se traçou as linhas gerais para a elaboração de um Plano de Intervenção. A elaboração da proposta de intervenção foi realizada, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Em seguida foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as consequências da HAS, a falta de adesão ao tratamento e a existência de protocolos que permitam ações eficazes de educação para a saúde, por meio de pesquisa às bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON, entre outras fontes da literatura sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão da literatura sobre hipertensão arterial sistêmica (HAS) visa aprofundar a sua prevenção, diagnóstico, avaliação e controle, uma vez que ela é reconhecida como uma das condições mais comuns que afetam a saúde dos indivíduos e populações em todas as partes do mundo e é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006a).

A incidência das doenças cardiovasculares entre os grupos populacionais tem aumentado nos últimos cem anos no Brasil. Este fato deve-se às modificações nos modos de produzir e reproduzir vivenciados pela sociedade contemporânea. Tais transformações determinaram o surgimento de distintos modos de adoecimento e morte nos diferentes grupos sociais homogêneos. As pessoas que compartilham semelhantes modos de vida tem semelhante perfil de morbidade. Cabem aos formuladores de políticas públicas, na atenção primária em saúde, desencadear ações que estimulem a população a adotar novos estilos de vida, capazes de prevenir o risco de adoecer e morrer por doenças cardiovasculares (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Com o desenvolvimento social, econômico e tecnológico, associado às descobertas científicas no campo das ciências da saúde ocorridas no final do século XIX e início do século XX, as condições de vida das populações tornaram possível a diminuição da mortalidade geral, especialmente pelo controle das doenças infecciosas, o que contribuiu para um novo quadro demográfico e epidemiológico, com predomínio de doenças crônicas não infecciosas, como as do sistema cardiovascular, que passaram a representar a primeira causa de morte entre adultos na maioria dos países desenvolvidos no Ocidente (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 284.685 dos falecimentos em 2004 no Brasil e representam 25% da mortalidade geral. No mesmo ano foi de 10,1% a mortalidade geral para doenças cerebrovasculares e 9,7% para isquemias cardíacas, lembrando a associação à hipertensão arterial como fator de risco para tais doenças (BRASIL, 2009).

No grupo dessas doenças, temos a hipertensão arterial em destaque, visto que sua prevalência atinge 20% da população adulta nas suas diferentes classes sociais, etnias, raças e culturas.

Concretamente, 'ser hipertenso' poderá gerar déficits no processo saúde-doença individual e/ou coletivo, influenciado pelos determinantes sociais e de saúde distintos (BRASIL, 2009).

Para alcançar o conhecimento atual sobre hipertensão teve de esperar vários séculos e superar não poucos mal-entendidos e equívocos das funções do sistema circulatório. Inicialmente, o coração foi considerado como "imagem de sentimentos e emoções", "centro conservador da vida cósmica" ou simplesmente "o emblema do amor sagrado", este último conceito profundamente enraizado nos nossos dias. Não é rara a expressão: "Eu te amo com todo meu coração." Podemos perguntar, por que não "eu te amo com todos meus rins" e, além disso, temos dois. Na verdade, o coração não é mais do que um músculo, víscera oca, cuja função é a de bombear o sangue através do corpo (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença com alta prevalência e baixo controle, e seu tratamento inadequado pode resultar em doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica (DCP), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Em razão dessas consequências, a HAS é responsável por cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008).

Dados epidemiológicos obtidos em mais de 25 países indicam que em 2025 um bilhão novecentos e setenta e dois milhões de pessoas com idade de 18 a 91 anos apresentarão hipertensão. Contudo este número poderá ser ainda maior por se tratar de uma doença assintomática e, portanto subdiagnosticada (BRASIL., 2008).

No Brasil, um terço do total de mortes e 65% dos óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69 anos são causados por doenças cardiovasculares. Quanto à HAS, estima-se que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros sejam acometidos pela doença. No período de 2002 a 2008, a HAS teve um aumento considerável em sua incidência e contabilizou, apenas em 2008, mais de 19 mil mortes (BRASIL, 2009).

Em relação à magnitude, o problema da hipertensão arterial para o Sistema Único de Saúde é um dos mais importantes. Dos 35% da população diagnosticada com HAS (17 milhões de brasileiros), 75% do atendimento deste grupo são realizados na Atenção Primária por serviços ligados ao SUS, o que determina a necessidade de investimentos financeiros constantes para o desenvolvimento das ações ligadas à promoção, prevenção e tratamento, mas, principalmente,

na recuperação dos acometidos por complicações dessa doença decorrente do mau controle pressórico no decorrer da vida (BRASIL, 2009).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Inquéritos populacionais de cidades brasileiras nos últimos 20 anos, apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006a).

Para fazer o diagnóstico da HAS se deve considerar além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006a).

Em aqueles indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA (BRASIL, 2006).

**Quadro 2** - Classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos

Classificação	PAS(mmHg)	PAD(mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1	140-149	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: Cadernos de Atenção Básica – n. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006).

Muitas vezes, mesmo após uma investigação completa, somos incapazes de indicar a causa específica de hipertensão arterial. Estes casos são então designados como hipertensão essencial ou hipertensão primária ou idiopática. Em alguns casos é possível definir qualquer causa única, como um rim ou anormalidade endócrina e em seguida fala de hipertensão secundária (BRASIL, 2006a).

Outra forma de hipertensão arterial secundária é hipertensão iatrogénica devido aos efeitos colaterais de certos medicamentos, tais como os corticosteróides (prednisona, prednisolona, dexametasona, etc.), contraceptivos orais e que se assemelha ou favorecer a actividade do sistema nervoso simpático, incluindo algumas drogas usadas para reduzir o peso e tóxicos como cocaína e crack (ALFONZO GUERRA, 2009).

A etiologia da hipertensão essencial ou primária ainda não é bem conhecida, embora existam fatores predisponentes, tais como obesidade, sedentarismo, história familiar, dieta rica em sódio, entre outros. A hipertensão primária é caracterizada por um aumento da resistência

vascular periférica total, secundária à vasoconstrição e / ou um aumento do volume minuto, ambos os efeitos provocados pelas alterações do sistema nervoso simpático, o sistema renina - angiotensina, entre outros (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A hipertensão secundária pode ser causada por:

- ✓ Doença parenquimatosa renal (glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos, nefropatia de refluxo).
- ✓ Renovascular (aterosclerose, hiperplasia fibromuscular, poliarterite nodosa).
- ✓ Endócrina (acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos).
- ✓ Coartação de aorta.
- ✓ Hipertensão gestacional.
- ✓ Neurológicas (aumento de pressão intracraniana, apneia do sono, quadriplegia, porfiria aguda, disautonomia familiar).
- ✓ Estresse agudo (cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, parada cardíaca, perioperatório).
- ✓ Exógenas (abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados).
- ✓ Insuficiência aórtica, fístula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri [Hipertensão sistólica] (BRASIL, 2006a).

As manifestações clínicas da hipertensão leve a moderada na maior parte dos casos é assintomática, até que se desenvolvam complicações em órgãos-alvo. Na hipertensão grave os sintomas são neurológicos, renais, cardiovasculares e visuais, na retina. Cerca de 80% dos casos de hipertensão passa despercebido, por isso que quase metade dos pacientes hipertensos não sabem que têm pressão arterial elevada e este é um achado durante um exame médico de rotina (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Cefaleia (dor de cabeça) é o sintoma mais comum relatado pelos pacientes, mas revelou-se tão comum em hipertensos e normotensos. A localização mais comum e região posterior

(occipital) mais frequente no horário da manhã referido como pulsátil. Outros pacientes se queixam de dor na cabeça inteira bitemporal, não pulsátil, em vez de opressão e permanente durante todo o dia, que é provavelmente independente da hipertensão arterial e frequência igual em hipertensos e normotensos. Também não há nenhuma correlação entre a pressão sanguínea e a presença ou intensidade da dor de cabeça. Dor no meio da cabeça ("como se dividir em dois", enxaquecas) é mais característica da dor de cabeça vascular e não está relacionada com a hipertensão, mas pode corresponder. Não podemos esquecer que a hipertensão é a principal causa de acidente vascular cerebral, incluindo sintomas de dor de cabeça (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A hipertensão não complicada sem danos para o sistema cardiovascular não é geralmente acompanhada por sintomas, vários graus de falta de ar: quando há compromisso com este sistema de guiamiento sintomas danos ao órgão alvo existente, pois pode ocorrer uma complicação da hipertensão (dispnéia), com a realização de atividade física, luz ou esforço moderado; falta de força; palpitações e, em casos mais avançados, edema (inchaço) maleolares. A presença de dor no peito (tórax), dispnéia, dispnéia paroxística noturna ou edema nos membros inferiores, pode guiar a existência de danos coronária ou insuficiência cardíaca congestiva. (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Muitas vezes, em idosos hipertensos e diabéticos, especialmente de longa duração se queixam de dor na massa muscular nas pernas durante a caminhada, que é aliviada pelo repouso (claudicação intermitente), o que pode ser sugestivo de oclusão da lesão aterosclerótica das artérias que fornecem os membros inferiores (doença arterial periférica) (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A existência de manifestações renais: hematúria (sangue na urina), cólica renal, frequência urinária, noctúria, urinário história infecções do trato, entre outros, podem sugerir uma origem renal de hipertensão. O início súbito da hipertensão arterial em jovens, especialmente mulheres e mais de 55 anos, pode sugerir a existência de estenose da artéria renal e, portanto, hipertensão renovascular. (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A avaliação do paciente hipertenso tem três objetivos principais, ou seja, para saber o grau de lesão orgânica que já ocorreu devido à alta pressão, descobrir qualquer causa que pode ser tratada e define, sempre que possível, reduzir os fatores que causam um alto risco de doença cardiovascular. As informações importantes em relação a esses três fatores podem ser derivadas do interrogatório, exame físico e investigações de laboratório (BRASIL, 2006a).

Nesta avaliação é de fundamental importância realizar a estratificação do risco cardiovascular, pesquisar a presença dos fatores de risco das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo, para poder orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente.

O fator de risco da hipertensão, segundo as VI Diretrizes Brasileiras a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial; alguns destes fatores são modificáveis, pelo que existe uma probabilidade de que a doença seja evitável ou controlável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Modificável: em que pode intervir terapêuticamente para diminuir o potencial de risco cardiovascular na população e progressão de doenças cardiovasculares (hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, má alimentação, etc.).

Não modificáveis: idade, etnia, sexo e genética (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009) Cadernos de Atenção Básica – n. 15. de Hipertensão Arterial Sistêmica, (BRASIL, 2006). A predisposição genética existe, mas precisa da influência dos estímulos ambientais favoráveis. A descoberta de algumas doenças congênitas raras associadas à hipertensão (síndrome de Liddle, síndrome de Gitelman e doença renal policística), não conseguiu encontrar associação genética para explicar a causa da hipertensão primária. (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

No entanto existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros é hipertenso. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006a).

A prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%, sendo obrigatória a medida anual da pressão arterial a partir de três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da PA no ambiente escolar (BRASIL, 2006a).

Atenção especial deve ser dada à presença de fatores de risco cardiovascular associados, que representam importante alvo para medidas de prevenção primária. Quanto mais altos forem os valores da pressão arterial e mais jovem o paciente, maior será a possibilidade de a

hipertensão arterial ser secundária, com maior prevalência das causas renais (BRASIL, 2006a).

### **Sexo e gênero.**

Em relação ao sexo/gênero, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### **Etnia**

Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afro-descendentes com elevado risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (BRASIL, 2006a).

### **Fatores socioeconômicos**

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2006a).

### **Sal**

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco além disso exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos pelo que a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A eficácia de uma dieta com baixo teor de sódio (sal) foi demonstrada por várias investigações realizadas em 1950 pelo Conselho de Pesquisa Médica, na Inglaterra; uma dieta contendo menos de 250mg de sódio por dia causou uma redução média de 55 mmHg na pressão sistólica e 26 mmHg na diastólica e prolongar a vida para aqueles que sofrem de hipertensão grave ou maligna (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Outra pesquisa foi o estudo, publicado em 1988, com base em um estudo de 10.400 pessoas de 52 populações em todo o mundo. Descreveu a excreção urinária de sódio (correlaciona-se com a ingestão dietética de sódio) foi significativamente relacionado com o aumento da

pressão sanguínea sistólica. Assim, a redução moderada em sódio dietético impede o aumento da pressão sistólica entre 3 a 4 mmHg. Em populações "primitivas" com baixa ingestão de sal (média de 21,1 mmol de sódio na urina de 24 h), a porcentagem de pacientes hipertensos foi de 1,7%, enquanto na elevada ingestão de sal "civilizado" (média de 160 mmol de sódio na urina de 24 h) foi de 17,4% (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

### **Obesidade**

As pessoas que estão acima do peso têm uma maior predisposição a doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, entre muitos outros. Sobrepeso e obesidade são frequentemente associados com a hipertensão, especialmente sistólica. Um índice de massa corporal 19-25 kg / m<sup>2</sup>, não aumenta o risco por causa do peso, quando é maior do que 25 kg / m<sup>2</sup> o risco aumenta exponencialmente, quando é de 30-35 kg / m<sup>2</sup> o risco é moderada, se 35-40 kg / m<sup>2</sup>, o risco é alto e quando é superior a 40 kg / m<sup>2</sup>, o risco é muito alto (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

A obesidade mantém relação direta com a hipertensão. O aumento de 1,7 kg / m<sup>2</sup> no Índice de.....(IMC) ou 4,5 cm na cintura (índices em homens) ou 1,25 kg / m<sup>2</sup> no índice de massa corporal ou 2,5 cm na cintura (índices em mulheres), aumenta em 1 mmHg a pressão sistólica (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Estudos mostraram que a obesidade central, com acúmulo de gordura visceral, frequentemente associadas à dislipidemia e à intolerância à glicose, compõe a chamada síndrome metabólica, que também é acompanhada de resistência à insulina e hiperinsulinemia. Redução do excesso de peso em pelo menos 5%, restrição dietética de sódio e prática de atividade física regular são fundamentais para o controle pressórico, além de atuarem favoravelmente sobre a tolerância á glicose e o perfil lipídico (SBC; SBH; SNB, 2010) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

### **Sedentarismo**

A vida moderna tem feito as pessoas muito menos ativas andam menos e passam a maior parte do tempo livre frente da TV, computador e vídeo jogos, estima-se que em crianças nos Estados Unidos é de cerca de 30 horas por semana (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) indivíduos sedentários apresentam maior risco, aproximadamente de 30%, em desenvolver hipertensão

que os ativos. E recomendado que os pacientes com hipertensão arterial pratiquem exercícios físicos moderados, pois além de diminuir a pressão arterial pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. Por exemplo, uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa.

### **Tabagismo**

Fumar um cigarro aumenta a pressão sanguínea (pressão arterial sistólica de 24 mmHg e diastólica 16 mmHg) a cerca de 20 %, mas o seu efeito não é duradouro e em cerca de 30 min retorna aos valores iniciais, de modo que fumar pode ser continuamente um fator importante na manutenção de níveis elevados de pressão arterial. Além disso, é um factor de risco importante e bem reconhecido para doença vascular pelos seus efeitos nocivos sobre o endotélio vascular, pelo que a sua associação com a hipertensão, aumenta significativamente o risco vascular em geral (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas. Abordagem ao indivíduo tabagista esta descrita no Manual de Prevenção das Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal (BRASIL, 2006a).

O hábito de fumar quase duplica o risco de acidente vascular cerebral e doença cardíaca coronária e está relacionada com a doença arterial periférica além de estar associado com a ocorrência de hipertensão maligna (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

### **Etilismo**

Como o álcool é vasodilatador pode, dentro de certos limites, ser e até mesmo ter efeito anti-hipertensivo benéfico. Bebidas alcoólicas, tomadas com moderação, podem reduzir a pressão arterial sistólica ou diastólica de cerca de 4 mmHg. O problema é determinar o quanto é

moderação. De um modo geral aceita-se que até dois drinques por dia (não cumulativo) significa moderação (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006a).

Vários estudos têm demonstrado os danos do abuso de álcool e sua associação com a hipertensão e o aparecimento de complicações de várias doenças, desde a primeira observação do médico francês Lian em 1915 chamou a atenção para a relação entre o consumo de álcool e hipertensão. Ele relatou que os marinheiros que bebem vários litros de vinho por dia eram mais hipertensos e que a prevalência de hipertensão aumentou em relação ao seu aumento do consumo. O álcool aumenta a probabilidade de doença vascular cerebral e a resistência à terapia hipotensora (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

As intervenções no estilo de vida devem sempre encabeçar a lista do tratamento da Hipertensão e ser nossa principal meta, dirigida a prevenir ou retardar o risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, vascular cerebral e renal, entre outros. Muitas vezes existe pouca aderência às mudanças no estilo de vida por duas razões: porque é mais fácil para o paciente tomar medicamentos que parar de fumar, perder peso que comer alimentos com baixo teor de sal e em segundo lugar, porque na maioria dos casos, o médico não é treinado ou não tem os meios ou tempo suficiente para ajudar o paciente a adotar e manter essas mudanças (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

Para que estas mudanças aconteçam temos que combinar uma série de fatores dependentes do próprio paciente, a equipe médica que trata e um sistema de saúde de qualidade, e importante que o paciente aceite sua doença e apresente percepção de risco. Além de ser fundamental o grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Hipertensão (prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento), o grau de comunicação entre médico e paciente (médico-paciente interação) capacidade de incentivar a adesão ao tratamento de seu paciente, o monitoramento do paciente para ajudar a erradicar equívocos que estão relacionados com a hipertensão, entre outros (ALFONZO GUERRA *et al.*, 2009).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006a).

MÁRQUEZ e colaboradores (2001, p. 23 ), definem que a adesão ao tratamento se efetua “à medida em que o paciente assume as regras ou os conselhos fornecidos pelo pessoal médico ou de saúde, tanto do ponto de vista dos hábitos de vida ou estilo de vida recomendados, assim como o próprio tratamento medicamentoso prescrito”. A falha no cumprimento das prescrições médicas exacerbam os problemas de saúde e progressão da doença , tornando-se impossível estimar os efeitos e o valor de um determinado tratamento. Há uma série de princípios, frequentemente citados na literatura, que deve ser considerado ao abordar qualquer intervenção destinada a melhorar aderência:

- ✓ Não culpar o paciente, uma vez que ele é apenas um dos muitos fatores envolvidos na origem do problema.
- ✓ Individualizar a intervenção, adaptada às circunstâncias e dificuldades do paciente em cada caso específico, uma vez que a origem da falta da aderência é multifatorial e não há nenhuma intervenção específica que possa ser recomendada para todos os pacientes.
- ✓ Fortalecer a relação com o paciente, favorecendo a confiança para expressar abertamente suas dúvidas, preocupações ou dificuldades em aderir-se às recomendações do tratamento prescrito.
- ✓ Aceitar os princípios da autonomia do paciente e tomada de decisão compartilhada, o que significa que o paciente, uma vez informado de forma adequada tem o direito de decidir não tomar sua medicação ou parar de tomar-la, embora o profissional sanitario esteja ou não deacordo com sua decisão.

- ✓ Estar cientes de que as intervenções para melhorar a aderência são um meio para lograr conseguir o controle da doença, mais estas intervenções consomem recursos e também poderiam ter efeitos negativos (falta de privacidade e autonomia do paciente, aumento dos efeitos adversos).
- ✓ Trabalhar de forma multidisciplinar, devido que a prevenção, detecção e abordagem a falta de adesão ao tratamento não são da competência exclusiva do médico (MÁRQUEZ *et al.*, 2001).

É necessário que o profissional conheça a percepção do paciente sobre a doença e tratamento. Para fazer isso, recomendamos:

- ✓ Explicar claramente a doença e do tratamento do paciente com seus prós e contras.
- ✓ Conhecer o que espera o paciente de seu tratamento.
- ✓ Falar e ouvir o paciente, sem julgar suas preferências.
- ✓ Ajudar o paciente a tomar decisões com base nos potenciais, riscos e benefícios.
- ✓ Aceitar que: O paciente pode avaliar de forma diferente os riscos, benefícios e efeitos colaterais. O paciente, uma vez informado, tem o direito de decidir não tomar drogas.
- ✓ Asegurarnos do que o paciente ou cuidador tenha a medicação da qual faz uso, além de uma lista das alergias e os efeitos adversos.
- ✓ Se o paciente decide não tomar a medicação ou parar de tomar-lo, e isso é considerado nocivo para ele, e deve ser registrado em o prontuário medico a decisão tomada e informações sobre os riscos e benefícios.

### **Intervenções para aumentar a aderência.**

Os pacientes podem precisar de ajuda para usar adequadamente drogas. Uma maneira de fazer isso é mejorar o conhecimento que têm sobre sua doença e tratamento, ou fazer mudanças no tipo ou mesmo regimen. É importante notar que a dificuldade em adaptar os pacientes à sua rotina diária é mais importante do que a complexidade do sistema estabelecido. Em qualquer caso, as intervenções para mejorar adesão deve ser discutido com o paciente, considerando seus problemas e necessidades (INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA, 2011).

- ✓ Se um paciente apresenta uma não adesão ao tratamento devemos investigar se é intencional ou não.
- ✓ Analisar as crenças e preocupações dos pacientes sobre a medicação.
- ✓ Se as evidências não são conclusivas, as intervenções devem ser dirigidas aos problemas específicos detectados, e podem incluir (sugerir aos pacientes para manter um registro da toma da medicação, envolver o paciente na monitorização da sua doença, a simplificação do regime de dosagem, alterar a embalagem de medicamentos exemplo: sistemas de dosagem personalizados).
- ✓ Se o problema é que os efeitos adversos: (Discutir com o paciente sobre os benefícios e os efeitos adversos e os efeitos em longo prazo da medicação e as preferências do paciente, na gestão dos efeitos adversos. Considerar ajuste da dose, a mudança para outra droga e outras estratégias, como a alteração do tempo de administração.
- ✓ Peça ao paciente, se o custo da medicação é um problema, e considerar opções para reduzi-la.

A falta de aderência é um problema comum com a saúde e as implicações económicas, por isso é importante ter a necessidade de prevenção e detecção na prática clínica diária.

- ✓ Uma boa relação médico-paciente e estabelecer canais de comunicação eficazes são relação de chave para facilitar a compreensão pelo paciente de sua doença e tratamento, bem como a tomada de decisão compartilhada.
- ✓ A adesão deve ser avaliada rotineiramente, sem julgamento, uma vez que ao longo do tempo podem estar mudando, para aumentar a adesão, tanto a decisão inicial de prescrever como as experiências do paciente em relação à medicação ou a sua necessidade de ajuda.
- ✓ Com as evidências disponíveis, não se pode dizer que uma intervenção específica para melhorar a adesão é melhor do que outro. A combinação de intervenções parece ser a melhor estratégia e podem incluir a simplificação do regime de administração, dar informações escritas e orais, uso de pillboxes ou sistemas de distribuição, automatização, etc.

✓ Nenhuma intervenção específica pode ser recomendada para todos os pacientes, por isso temos de analisar as causas da falta de aderência em cada caso. Isso irá selecionar estratégias apropriadas para cada paciente. (MÁRQUEZ *et al.*, 2001).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso ou não compromisso terapêutico é um problema prevalente e significativo na prática clínica especialmente no tratamento de doenças crônicas. Estima-se que em geral, 20-50 % dos doentes não tomam os seus medicamentos como são prescritas embora a taxa padrão possa variar muito dependendo da patologia. No contexto das doenças crônicas, a OMS considera a não aderência como um problema prioritário de saúde pública devido a suas consequências negativas: falhas terapêuticas, maiores taxas de hospitalização e aumento dos custos de cuidados da saúde (INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA, 2011).

Existem diversas situações onde se podem apresentar a falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Algumas são resultado de atos involuntários, como o esquecimento ou confusão (falta de adesão não intencional), mais o paciente também pode parar de tomar a medicação voluntariamente (intencional falta de aderência), por medo aos efeitos colaterais, percepção de falta de melhoria ou cura sem a interrupção do tratamento, creencia que é a medicação desnecessária ou excessiva, etc (INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA, 2011).

A não aderência intencionalmente ou não, é um problema complexo, influenciado por vários fatores. Para lidar com isso, a chave é identificar quais são esses fatores, permitindo criar estratégias individuais para corrigir e evitar consequências graves.

Estes fatores podem ser classificados de acordo com sua relação com a patologia, o paciente, o sistema de saúde, a relação médico-paciente ou com o próprio tratamento.

Existem evidências que os pacientes tomam decisões sobre seus medicamentos com base em seu conhecimento da patologia, sua percepção da necessidade de fazer uso da medicação e em suas preocupações sobre o assunto.

Principais fatores associados a não adesão ao tratamento (MÁRQUEZ *et al.*, 2001).

- ✓ Complexidade do tratamento.
- ✓ Os efeitos adversos da medicação.
- ✓ Relação médico-paciente inadequada.
- ✓ Atenção fragmentada: a falta de coordenação entre os diferentes prescritores.
- ✓ Doença assintomática.
- ✓ Seguimento inadequado ou ausência de plano terapêutico.
- ✓ Não comparecer às consultas agendadas.
- ✓ Falta de confiança no benefício do tratamento pelo paciente.
- ✓ Falta de consciência da doença pelo paciente.
- ✓ O prejuízo cognitivo.
- ✓ Presença de problemas psicológicos, particularmente depressão.
- ✓ Dificuldades no acesso aos cuidados ou de drogas.
- ✓ Custo da medicação

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Primeiro passo: identificação dos problemas

O primeiro passo foi identificação dos problemas utilizando a estimativa rápida. As doenças que mais acometem a população adulta são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças respiratórias, etilismo, drogadição e problemas de saúde mental.

Após a coleta de informações, a Equipe de Saúde, conseguiu definir os principais problemas de saúde existentes na área de abrangência. Os problemas identificados foram:

1. Alta prevalência de hipertensão arterial.
2. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial.
3. Alto índice de drogadição e alcoolismo.
4. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofarmacos.
5. Má qualidade da água.
6. Desconhecimento das doenças crônicas e suas complicações por parte da população.
7. Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
8. Maus hábitos e estilo de vida.
9. Baixa condição socioeconômica.

Em correspondência com a situação de saúde a nível mundial e o envelhecimento da população nossa população apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão: nossa população tem baixo nível de escolaridade o que leva a não saber como tomar a medicação ou não saber ler a prescrição. Tem ademais baixo nível de conhecimento de a patologia. Pouca autorresponsabilidade com a saúde.

Alto índice de drogadição e alcoolismo: Podemos observar que alguns problemas são causas ou conseqüências de outros. Por exemplo, a baixa condição socioeconômica propicia que um alto numero de os pacientes cadastrados tenha adição a drogas ilícitas e álcool. No que se refere ao estilo de vida, deve-se destacar que, dentre os pacientes que têm hábitos de

tabagismo e ingestão de bebida alcoólica, cerca de 80% não são aderentes ao tratamento medicamentoso. Cabe dizer que a mudança de hábitos e de estilo de vida dos hipertensos deve ser enfatizada, pois faz parte da assistência terapêutica, já que a adoção de um estilo de vida saudável e prática de atividade física contribuem significativamente para a redução da PA, além de auxiliar na diminuição ou manutenção do peso e diminuir os riscos cardiovasculares.

Doença mental e consumo de psicofarmacos: Dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono.

Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: falta incentivo para as atividades de promoção á saúde e prevenção de agravos e resultam ainda insuficientes as atividades educativas realizadas pela equipe para a capacitação da população abordando a temática das doenças crônicas. O baixo nível educativo e idade dos pacientes interferem em a compreensão dos temas tratados em as atividades educativas realizadas.

A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: ainda é baixo o nível de conhecimento das doenças crônicas pela população.

Baixa condição socioeconômica: Experimentada por uma grande quantidade dos usuários da ESF Santa Cruz, o baixo nível socioeconômico se expressa pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoais como habitacional, más condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento ou exame complementar particular.

### **Segundo passo: priorização de problemas:**

Para a priorização dos problemas e seleção dos nos críticos, enfatizamos apenas em aqueles que mais preocupam a realidade significativa da comunidade e da equipe. Os critérios utilizados para a definição das prioridades foram as citadas no instrutivo desta especialização, ou seja, relacionamos todos os problemas, suas causas e conseqüências.

Após esta etapa fizemos a priorização do mesmo, tendo em conta sua importância, urgência e a capacidade de enfrentamento, da seguinte forma:

- Importância: atribuindo a valores altos, médios e baixos.

- Urgência: distribuindo pontos de 1-5 (sendo o valor 5 ao mais urgente e o valor 1 ao menos urgente).
- Capacidade de enfrentamento: definido se a solução do problema esta dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.
- Seleção: numerando os problemas em ordem de prioridades a partir do resultado aplicado.

Obteve-se a seguinte ordem de prioridade:

1. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial.
2. Alta prevalência de hipertensão arterial.
3. Desconhecimento das doenças crônicas e suas complicações por parte da população.
4. Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
5. Alto índice de drogadição e alcoolismo.
6. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
7. Maus hábitos e estilos de vida.
8. Má qualidade da água.
9. Baixa condição socioeconômica.
10. Pouca adesão aos projetos.

**Quadro 3** - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Santa Cruz, Área 37 Vila Paraíso, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Alta prevalência de hipertensão arterial.	Alta	5	Parcial	
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial.	Alta	5	Parcial	
Pouca adesão a os projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.		4		
Alto índice de drogadição e alcoolismo.	Alta	3	Parcial	
Alta incidência de doenças psiquiátricas, uso de psicofarmacos.	Alta	3	Parcial	
Má qualidade da água.	Alta	3	Parcial	
Desconhecimento das doenças crônicas e suas complicações por parte da população.	Alta	2	Parcial	
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas.	Alta	2	Parcial	
Maus hábitos e estilos de vida.	Alta	2	Parcial	
Baixa condição socioeconômica.	Alta	1	Fora	

Fonte: Próprio Autor.

**Momento explicativo:** O problema escolhido foi “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” por ser dentre os outros problemas, aquele com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

**Terceiro passo: descrição do problema:** Relatado no Quadro 4

**Quadro 4-** Descritores do problema “Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”. Equipe de Saúde da Família Santa Cruz 2016.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Esperados	20	Plano Diretor da Atenção Primária de Saúde.
Hipertensos Cadastrados.	88	SIAB 2014
Hipertensos Confirmados.	88	Registros da equipe
Hipertensos acompanhados.	88	Registros da equipe
Hipertensos com boa adesão ao tratamento.	09	Registros da equipe
Sedentários.	7	Registros da equipe
Tabagistas.	1	Registros da equipe
Alcoolismo.	6	Registros da equipe

Fonte: Próprio Autor.

Em nossa área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS, conforme Quadro 5, está identificada na comunidade e apresentam fatores de risco como obesidade, tabagista, etilista, estresse, sedentarismo e na maioria são pacientes idosos.

Nossa equipe utilizou os dados do SIAB e dos registros da equipe, correlacionando os também com o relatório de dispensação de medicamentos por pacientes.

#### **Quarto passo: explicação do porquê foi escolhido:**

A equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial” porque tem muito impacto na comunidade por o elevado numero de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos. Solo se precisa do trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes. Estas atividades devem estar dirigidas para brindar conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle de a doença e as consequências que apresenta um paciente com esta doença. Além disso, devem brindar

conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

Para enfrentar o problema e de muita importância conhecer suas principais causas. Entre elas encontra-se:

1. Causas relacionadas aos pacientes:

- ✓ Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
- ✓ Baixo nível de instrução/ escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes analfabetos.
- ✓ Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
- ✓ Baixo nível de informação respeito a sua patologia.

2. Cultura local: Grande parte da população acredita que o acompanhamento deve ser feito pelo especialista (cardiologista), que o clínico geral não está preparado para atender a população hipertensa.

3. Relacionadas com equipe de saúde:

- ✓ Receitas com prescrições ilegíveis.
- ✓ Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.
- ✓ Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERTENSA
- ✓ Falta de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

Quinto passo: descrição, explicação e identificação de “nós críticos”.

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. Segundo o conceito elaborado pelo PES, “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transforma-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificaram-se entre as varias causas àquelas consideradas importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

- ✓ Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clinica e a terapia medicamentosa, existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação, benefícios da atividade física.
- ✓ Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.
- ✓ Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial, estadual y municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o programa de Hipertensão Arterial.
- ✓ Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.

Sexto passo: desenho das operações: Relatado no Quadro 5

Quadro 5 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema da hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Santa Cruz, município de Juiz de Fora/Minas Gerais, 2016.

No crítico	Projeto / Operação	Resultado esperado	Productos esperados	Recursos necesarios
Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clínico e a terapia medicamentosa.	<b>Construindo Saber</b> / Melhorar o nível de informação da população a respeito de hipertensão arterial.	Melhoria do conhecimento sobre hipertensão da população através de um meio de informação que use uma forma mais popular sobre hipertensão arterial.	População informada sobre a hipertensão arterial, e aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	<b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema. <b>Políticos:</b> parceria, mobilização social. <b>Financeiros:</b> disponibilização de matérias educativas relacionados à hipertensão arterial.
Hábitos e estilos de vida inadequados.	<b>Viva Melhor</b> / Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Diminuição do número de pessoas sedentárias em 50%. Alteração dos hábitos alimentares em 50% da população.	Participação no programa da caminhada orientada. Programa de alimentação saudável.	<b>Organizacionais:</b> para organizar as caminhadas. <b>Cognitivo:</b> informações sobre o tema. <b>Político:</b> conseguir espaço local e articulação intersectorial. <b>Financeiro:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação.
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.	<b>Protocolos em ação</b> / Adotar a linha guia: Saúde do adulto-hipertensão como referencia	Condutas padronizadas e processo de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implantado conforme o Programa Saúde em Ação.	<b>Cognitivo:</b> informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo. <b>Organizacional:</b> organização da agenda de trabalho. <b>Financeiro:</b> aquisição de recursos áudio-visuais e folhetos.

Fontes: CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010. DIAS, 2013.

### Sétimo passo - Identificação dos recursos críticos. Relatado no Quadro 6

**Quadro 6** - Identificação dos recursos críticos para os 'nós críticos' do problema hipertensão arterial sistêmica da população cadastrada no Programa Saúde da Família Santa Cruz, município de Juiz de Fora/Minas Gerais, 2016.

<b>Operação/projeto</b>	
<b>Construindo Saber.</b>	<b>Políticos:</b> parceria, mobilização social, disponibilização de matérias. <b>Organizacionais:</b> organização agendada.
<b>Viva Melhor.</b>	<b>Financeiro:</b> folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados: alimentação e praticas de caminhadas. <b>Políticos:</b> conseguir espaço local e um horário na radio local. <b>Organizacionais:</b> organizar as caminhadas.
<b>Cuidar com Você.</b>	<b>Políticos:</b> parceria social. <b>Financeiro:</b> disponibilização de materiais educativos relacionados - Hipertensão Arterial
<b>Protocolos em Ação.</b> Adotar a linha guia: Saúde do Adulto, Hipertensão Arterial como referencia.	<b>Financeiro:</b> confecção de recursos áudio visuais e folhetos. <b>Político:</b> Aprovação do projeto pelo Secretario Municipal de Saúde.
<b>Melhor cuidado</b>	<b>Financeiro:</b> recursos para a confecção de fichários.

Fonte: própria autoria

### Gestão do plano

O acompanhamento do plano de intervenção, apresentado no Quadro 8, será feito através de reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que alguém perceber algum problema ou tiver alguma ideia diferente.

As ações estratégicas deverão ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo, para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível, observando se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado.

Importante também será a realização de reuniões com a população para saber se estão satisfeitas com as mudanças e se apresentam alguma sugestão.

O Quadro 7. apresenta aspectos para elevar a adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes inscritos.

**Quadro 7-** Plano de intervenção para elevar a adesão ao tratamento da hipertensão dos pacientes inscritos na UBS Santa Cruz, área 37 Vila Paraíso.

O QUE	COMO	QUANDO	QUEM	POR QUE	ONDE	RECURSOS
Modificar estilo de vida inadequado.	Palestras sobre estilo de vida saudável. Programa de caminhada.	Mensal.	Equipe de saúde da família.	Evitar os agravos dependentes do estilo de vida.	Todos os cenários onde se reúne a comunidade	Recursos audiovisuais, folhetos educativos, capacitação pessoal.
Educar a população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.	Palestra dirigida grupo com risco, hipertensos e população geral.	Trimestral	Médico enfermagem e ACS.	Prevenir os agravos e aparição da doença em sua etapa inicial.	UBS e nas visitas domiciliares.	Capacitação pessoal, folhetos, livros, trípticos, maçaneta, marcadores, lápis etc.
Investigação de usuários com fatores de risco para diagnóstico de caso e controle de doentes.	Fazer campanha de rastreamento da Hipertensão em indivíduos com condições de risco e portadores da hipertensão.	Semestral.	Equipe de saúde da família.	Equipe de saúde da família.	Na UBS e local na comunidade.	Capacitação pessoal, glicômetro, fitas reagentes, luvas, antissépticos
Adequar a cobertura dos serviços de saúde para a população de risco de Hipertensão e hipertensos.	Realização de acompanhamento clínico e domiciliar. Realização de referencia para outros níveis de complexidade. Atendimento da intercorrências ou complicações.	Permanente	Equipe de saúde da família.	Maior controle da HTA e redução de possíveis complicações e maior adesão ao tratamento. Fortalecimento do trabalho em equipe e direcionamento das ações.	Nos domicílios e UBS.	Capacitação dos recursos humanos, insumos para cadastro e registro de acompanhamento, protocolo de atendimento, insumos clínicos, medicamentos, material educativo.

Fonte: Próprio autor

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A hipertensão arterial vem se destacando como a epidemia dos dias atuais e se tornou um grande problema de saúde pública. Esta doença está cada vez mais crescente na população adulta por o que explorar esse estudo se torna de fundamental importância, na qualidade de vida dos hipertensos.

Os pacientes hipertensos são um desafio para a equipe de saúde com relação ao tratamento. É de suma importância que os atendimentos desses clientes na ESF foquem na realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe apoio e confiança. Desta forma, esses clientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver práticas de autocuidado, visando prevenir complicações garantindo uma melhoria na qualidade de vida.

As causas das falhas da terapêutica são complexas. Entre as principais está o inadequado nível de controle tensional, sistemas de saúde de difícil acesso, insuficiente cobertura da população alvo, ou ainda alguma forma de falha terapêutica que pode variar de completo desconhecimento da doença a esquecer a ingestão de medicação pelo paciente.

A execução do plano de intervenção pela Equipe da Saúde da Família facilita a interação entre pacientes e a equipe de saúde.

Este contato se inicia na porta de entrada da unidade, estabelecendo-se fatores que propiciam melhor adesão e identificação de graus de controle clínico. O trabalho em equipe e multiprofissional contribui para a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes e prevenindo agravamento da doença e surgimento de comorbidades.

Devem-se respeitar as falsas crenças do paciente e a partir delas começar a trabalhar com ferramentas mais fortes, para reduzir progressivamente este problema.

Recomenda-se, para avaliar a adesão de forma independente para cada pessoa, fortalecer o acesso a tratamentos não farmacológicos e implementar ações apropriadas para atingir uma maior acessibilidade a estes projetos.

Apesar da abordagem prioritária para as causas e soluções de adesão à terapia anti-hipertensiva, o seu impacto para melhorar a situação atual parece mínimo. Modificar esta situação exige um esforço constante e considerável da equipe.

Em suma, estamos diante de um problema de saúde pública de grande magnitude, as causas e as soluções são bem definidas e exigem compromisso responsável de todos os envolvidos: governo, administração, equipe de saúde da família, dos próprios pacientes e suas famílias.

Conclui-se que os profissionais de saúde da família são de grande importância para aumentar a adesão ao tratamento do paciente hipertenso, contribuindo a redução do seu sofrimento, dos gastos com internações hospitalares e com prescrições de medicamentos adicionais.

Podem orientar a administração correta do medicamento, fornecer informações sobre os fatores de risco da doença, fazer investigação eficiente do protocolo da doença; controlar rotineiramente os valores da tensão arterial, detectar e prevenir eventos adversos, bem como organizar a promoção da integração do serviço de saúde com a equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares, contribuindo, em muito, com a melhoria da qualidade de vida desta população.

Com este trabalho espera-se que este plano de intervenção possa contribuir de forma significativa, para que estas estratégias sejam bem sucedidas e contribuam para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente hipertenso.

## REFERÊNCIAS

ALFONZO GUERRA, J. *et al.* **Hipertensión arterial en la atención primaria de salud** et al. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009.

ARAÚJO, J. L.*et al.*. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452010000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000300018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 mar. 2016.

BRASIL. Ministério de Saúde. Cadernos de Atenção Básica – n. 15. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério de Saúde, -(Cadernos de Atenção Básica; 15)- 2006. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd15.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf). Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado**. Brasília (DF), 2009. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cmf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cmf) . Acesso em: 12 jan.2016.

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCOM/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 25 maio 2016.

COSTA, P. A. Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial do PSF Alto do Cruzeiro: Plano de ação. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2014. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4323.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2016.

GALVAGNI, E.D. et al. *Estudo epidemiológico de hipertensão arterial sistêmica – uma revisão bibliográfica*. 2010. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_13\\_1306271983.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_13_1306271983.pdf). Acesso em: 25 maio 2016.

INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA COMARCA. INFAC - vol. 19 Nº1, 2011. **Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas**. Disponível em

<<http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>. Acesso em: 13 maio 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.scielo.br.com.br>. Acesso em: 4 jun. 2015.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde **Plano de Saúde**. 2014. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano\\_de\\_saude\\_2014\\_2017\\_sspjf.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf). Acesso em: 20 nov. 2015.

MÁRQUEZ C. et al. Estrategias para mejorar el cumplimiento. **FMC**. 2001; 8:558-73.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Saúde nas Américas** 2007. Washington, DC; 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/public.mo.cmf>. código 97. Publicação Científica e Técnica, no. 622. Acesso em 10 ago 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III 2010. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.asp) Acesso em: 11 dez. 2015.