

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

ESDELMIS GARCIA RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA NOVA EM BETIM -
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MG

2015

ESDELMIS GARCIA RODRIGUEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA NOVA EM BETIM -
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Célia Maria de Oliveira.

BELOHORIZONTE/MG

2015

ESELMIS GARCIA RODRIGUEZ.

**PROJETO INTERVENÇÃO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES
HIPERTENSOS IDOSOS AO TRATAMENTO NA ESF VILA NOVA EM BETIM -
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais.

Examinador 2: Profa.Dra.Selme Silqueira de Matos.Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de julho de 2015.

BELOHORIZONTE/MG

2015

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de sabedoria e amor.

À minha família, por tudo o que significa em minha vida.

Aos colegas cubanos e brasileiros, pela ajuda e carinho.

A minha orientadora, profa. Dra. Célia Maria de Oliveira, pela sua disponibilidade.

A nossos professores da Universidade Federal Minas Gerais, em especial a Ana Paula Soares, Lene Valentina Marques e Matheus Figueiredo.

A meu Gerente e amigo Nilvan Justino Baeta.

Às enfermeiras Adriana Carvalho de Melo e Daiane Maria Faria Correia, os auxiliares de enfermagem Paulo Romero Gonçalves dos Reis e Maria Aparecida Alves Ferreira, porque sem eles, não é possível a Estratégia de Saúde da Família em Citrolândia.

A todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde Citrolândia.

Aos estudantes de Medicina Pontifícia Universidade Católica e sua professora Marina Abreu Corradi Cruz, pelo trabalho em equipe, acolhimento às pessoas idosas de nossa área e sua ajuda no Grupo de HIPERDIA.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. População residente por faixa etária e sexo, Betim, 2015.....	13
QUADRO 2. Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Vila Nova, Citrolândia, Betim, MG, 2014.....	25
QUADRO 3. Descritores do problema Hipertensão Arterial-comunidade Vila Nova-Citrolândia- Betim-MG.....	26
QUADRO 4. Operações sobre a desmotivação da equipe, relacionada ao conhecimento da baixa adesão ao tratamento hipotensor em pessoas idosas.....	27
QUADRO 5 – Operações sobre a forma de trabalho da equipe de saúde: ausência de um programa de orientação sobre adesão ao tratamento hipotensor em pessoas idosas.....	28
QUADRO 6: Propostas de ações para motivação dos atores.....	28
QUADRO 7: Cronograma de operacionalização da proposta.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica.

APS - Atenção Primária de Saúde.

AVE - Acidente Vascular Encefálico.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

ESF- Estratégia de Saúde de Família.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PSF - Programa de Saúde da Família.

PubMed - Pesquisa de Publicações e Artigos Médicos.

SES- Secretária do Estado da Saúde.

ScieELO - Scientific Electronic Library Online.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas.

WHO - World Health Organization.

RESUMO

Muitos são os fatores que podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento medicamentoso hipotensor em pessoas idosas. Portanto, se faz necessário acolher e tratar melhor os usuários, manter a população mais informada quanto aos riscos da hipertensão. O presente estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para ampliar a adesão do paciente idoso atendido pela Equipe de Saúde da Família Vila Nova, Unidade Básica de Saúde Citrolândia, Betim, Minas Gerais, ao tratamento hipotensor. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo. Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida e a elaboração do planejamento de ação foi respaldada no Planejamento Estratégico Situacional. O trabalho apresenta uma proposta de intervenção centralizada em dois modelos: o "Mais Saúde" e o "Mais informações". Espera-se que esta proposta de intervenção seja aceita e contribua para ao aperfeiçoamento das novas formas de abordagem, para a ampliação da adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso hipertenso na Atenção Básica, a fim de retardar as complicações provocadas pela doença e alcançar a valorização da saúde como uma necessidade para preservar a vida.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Uso de medicamentos hipotensores. Saúde das Pessoas idosas. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRACT

There are many factors that can negatively influence the adherence to antihypertensive drug treatment in older people. Therefore, it is necessary to accept and treat users, keep people more informed about the risks of hypertension. Aimed to prepare an intervention proposal to increase the adherence to treatment of elderly patients attended by of the Vila Family Health Team New, Basic Health Unit Citrolândia, Betim, Minas Gerais. Was held a bibliographical research, descriptive character. The data were collected by the method of Flash Estimate and the preparation of the action plan was endorsed in the Strategic Situational Planning. The work proposes a centralized intervention in two models, the "More Health" and "More information". We hope that this intervention proposal is accepted and contribute to the improvement of new approaches to the expansion of adherence to drug treatment of elderly hypertensive patients in primary care, in order to delay the complications caused by the disease and reach the value of health as a necessity to preserve life.

Key words: Hypertension, Drugs Use, Health of the Elderly, Family Health Strategy. PrimaryCare.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	Error! Bookmark not defined.17
3. OBJETIVOS	18
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
5. MÉTODO	23
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde multifatorial que afeta grande parte da população mundial, com alterações funcionais em estruturas de órgãos alvo como coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (DUNCAN, SCHMIDT, GIUGLIANI, et al, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo (WHO, 2003). A HAS é a principal causa de consulta na Atenção Primária, bem como em todos os níveis de atenção á saúde. Nos Estados Unidos, 34% da população hipertensa têm sua pressão arterial não controlada (OLIVEIRA, 2013).

A prevalência de HAS no Brasil está acima de 30%, sendo um pouco maior em homens, com um índice baixo de controle da pressão arterial igual a 19,4 % (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. É definida de acordo com valores pressóricos, nas quais níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg, identificados em duas ou mais verificações da pressão arterial. A causa exata na maioria dos casos de hipertensão não é identificada. Porém sabe-se que, é uma condição multifatorial e, vários são os fatores de risco que associados entre si e a outras condições favorecem o aparecimento desta patologia, sendo eles: idade, sexo, hereditariedade, raça, obesidade, estresse, anticoncepcionais orais, dieta rica em sódio e gorduras e diabetes mellitus.

A Hipertensão Arterial Sistêmica continua evoluindo como complicações temporárias ou permanentes, que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e suas expectativas. Portanto, é necessário apresentar estratégias para o enfrentamento desse problema, pois estas são condições que têm gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades diárias.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Hipertensão, o seu controle depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas como a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco. A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações.

Os diversos programas existentes no Brasil para a assistência das pessoas com HAS têm como finalidade promover a conscientização da necessidade de mudanças de hábitos considerados nocivos. Assim, o processo educativo em saúde precisa contribuir para a valorização da mudança de estilo de vida do indivíduo hipertenso.

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o propósito de vincular as pessoas com esses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, por meio da capacitação dos profissionais e da reorganização dos serviços. O objetivo geral desse plano foi estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus no Sistema Único de Saúde (SUS).

É comprovada a eficácia de hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos, e conseqüentemente, na diminuição do risco para eventos cardiovasculares e para síndrome metabólica. Contudo pode-se vivenciar uma prática profissional que valorize sobremaneira o tratamento farmacológico, repercutindo em não adesão às mudanças de estilo de vida e comprometendo o controle pressórico.

1.1. O cenário

1.1.1. O município de Betim

A cidade de Betim nasceu como parada para descanso dos bandeirantes de São Paulo que vinham a Pitangui, no período do colonial (século XVIII), momento em que se vivia o auge do ciclo do ouro. Servia de passagem e pousada de tropeiros. O sertanista Joseph Rodrigues Betim, que deu origem ao nome da cidade, emancipada em 1938, chegou aqui em 1711. A vocação fabril está presente desde meados do século XIX. Em 1940, começaram a se instalar as primeiras indústrias no município ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional (ASSIS, 1996).

Betim apresenta infra-estrutura que atrai investimentos na área industrial. Na década de 1950, o planejamento estadual destinou a Betim duas outras funções econômicas: a industrialização de base que era representada pelas siderúrgicas e a produção de alimentos para o abastecimento local. Nos últimos anos, a indústria se diversificou, obtendo um polo petroquímico, refinaria Gabriel Passos e polo automotivo, FIAT (ASSIS, 1996).

O município tem 302 anos de existência e se consolida como uma das mais importantes cidades do cenário mineiro e nacional. Encontra-se localizada a sudoeste da

capital Belo Horizonte. Tem como prefeito Carlaile Pedrosa. A distância entre Betim e Belo Horizonte é de 27.8 km (IBGE/2012).

A gestão municipal é dividida em 14 Secretarias, dentro às quais está a Secretaria Municipal de Saúde. É designado como Secretário Municipal de Saúde, Rasível dos Reis Santos Júnior e o Secretário adjunto é Junio de Araújo Alves. A diretora operacional é Antônia Adélia Gomes de Freitas.

De acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população betinense atual é 378.089 habitantes. À população estimada para 2013 é de 406.474 habitantes (IBGE/2012).

Betim integra a região metropolitana de Belo Horizonte, sendo a 5ª maior cidade do estado e uma das cinquenta maiores cidade do Brasil. As rodovias MG-060, MG-050, BR-381, BR-040, BR-262 cortam a cidade e os municípios que fazem divisa são: Contagem, Esmeraldas, Igarapé, Ibitité, São Joaquim de Bicas, Mário Campos. Os rios que banham o município são: Rio Paraopeba, Rio Betim e Riacho das areias. Betim é dividido em sete regiões: Alterosas, Centro, Citrolândia, Imbiruçu, Norte, PTB e Teresópolis. (IBGE/2012).

O município tem uma área de 342.846 km² e densidade demográfica de 1123,91 hab./km². Na área urbana vivem 375.331 pessoas e na área rural 2.758 pessoas. A altitude é de 860m, o clima é tropical de altitude. A vegetação é de cerrado e mata Atlântica. A Latitude é - 19° 58' 04" e longitude -44° 11' 54'.

Segundo dados do IBGE (2010), Betim possui 85 Domicílios coletivos, sendo que 39 possuem morador. Estima-se que a renda familiar mensal dos brasileiros é de R\$ 1.789,66. Nas áreas rurais há uma média de R\$ 873,94. Em ambas as áreas, o trabalho representa 62% do rendimento médio familiar nacional, é a principal fonte de renda. Na área urbana, a participação do rendimento do trabalho é de 62,7%, enquanto na área rural, esse percentual fica em 53,4%. Não foram encontrados dados específicos do município (IBGE/2012).

Segundo dados da Companhia de Abastecimento Água (COPASA) e do Instituto Trata Brasil novo Metodologia e Resultados (2012), em 99,27% dos domicílios há abastecimento de água. No município são recolhidos por rede pública 85% do esgoto da cidade (COPASA, 2012).

O setor mais relevante do município é o industrial, seguido pelo comércio, transporte e comunicação. São 58.538 pessoas economicamente ativas (IBGE/2012).

Quadro 1. População residente por faixa etária e sexo, Betim, 2015.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	4.135	3.958	8.093
1 a 4	16.725	16.032	32.757
5 a 9	20.775	20.074	40.849
10 a 14	20.347	19.568	39.915
15 a 19	20.904	20.224	41.128
20 a 29	43.650	44.017	87.667
30 a 39	38.735	37.983	76.718
40 a 49	27.418	28.546	55.964
50 a 59	16.574	17.350	33.924
60 a 69	6.815	7.785	14.600
70 a 79	3.009	4.284	7.293
80 e +	1.054	1.787	2.841
Ignorada	-	-	-
Total	220.141	221.608	441.749

Fonte: BRASIL, 2015.

O maior número de habitantes extremamente pobres está na região de Citrolândia, principalmente nos bairros São Salvador, São Jorge, e em Betim, são Jardim Paulista, Vianópolis, Marimba e Santo Afonso. Os índices de pobreza extrema nessas localidades são de 21,64% da população total (PNUD/2013).

O município de Betim conta com um Conselho Municipal de Saúde que tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 32 membros efetivos e 32 suplentes. Destes, 16 são representantes de usuários, 08 de trabalhadores e 08 são representantes dos gestores e prestadores de serviços (BETIM, 2013).

O Fundo Municipal de Saúde é administrado pelo Secretário Municipal de Saúde e concentra recursos financeiros destinados a ações e serviços públicos de saúde, como atendimento ambulatorial, distribuição de medicamentos, agentes comunitários, vigilância sanitária, dentre outros (BETIM, 2013).

Em Betim, a proposta de orçamento para a Saúde em 2014 correspondeu a R\$ 469,3 milhões da receita. Os principais investimentos giraram em torno da melhora e ampliação da infraestrutura do setor e a construção de mais vinte unidades de saúde, além da compra de equipamentos (NICORI, 2015).

1.1.2. O Sistema Municipal de saúde

No município, 96% da população são completamente dependentes do SUS. Para prestar o atendimento, o município conta com uma Unidade de Saúde da Família (USF) na Sede e dois pontos de apoio (Postos de Saúde), sendo um deles localizado em Trincheira e outro na Colônia Santa Izabel. A USF encontra-se na região sudeste da cidade, com duas equipes, tendo parte efetiva e parte contratada.

1.1.3. Programa de Saúde da Família

Em Betim, o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por oito Unidades Básicas com programa Saúde da Família (UBSF) e 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 30% das unidades. A primeira unidade de Betim foi implantada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões. A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar.

Anteriormente à criação da ESF no município, se deu pela atuação dos agentes comunitários. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a 10 agentes comunitários de saúde.

1.1.4. A Unidade Básica de Saúde

A UBS Anália Marques está localizada na Avenida Doutor José Mariano, nº. 833, Citrolândia, Betim/MG. Seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, de 07h às 18h. São atendidas 944 famílias e a população adstrita é de 3247 pessoas, segundo dados coletados por as agentes comunitárias de saúde, e segundo os dados de nossa Gerência.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo de participação municipal (FPM); Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN); PAB Fixo (Piso de Atenção Básica); Programa Saúde da Família (PSF); Epidemiologia Controle de Doenças; Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Além desses recursos financeiros, a prefeitura arrecada 50% do IPVA anual.

A estrutura de saneamento básico na área da UBS "Anália Marques de Oliveira" e da ESF Vila Nova é razoavelmente boa, contam com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana e há famílias em situações precárias de moradia.

Segundo os dados do SIAB do município, a ESF Vila Nova, tinha cadastrado no final de 2013, 365 pessoas com hipertensão arterial, 123 pessoas com diabetes e duas com tuberculose. Em 2013, o município registrou 280 casos de dengue e as principais causas de internação, neste mesmo ano, foram: complicações de Hipertensão como AVC, Infarto agudo do miocárdio, hemorragias cerebrais, diabetes Mellitus descontrolada e câncer (SIH/DATASUS, 2013).

A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. Muitos recebem benefícios por terem sequelas da hanseníase e alguns vivem de benefícios sócios assistenciais (Informação verbal, ACS).

Na regional de Citrolândia há grande incidência de tráfico de drogas, que pode estar associado às altas as taxas de assassinatos por armas de fogo. Outra causa de óbito comum na região, são provenientes de doenças cardiovasculares, havendo ainda aumento de incidência de câncer (Informação verbal da Gerencia de UBS).

A comunidade Citrolândia é um bairro muito populoso, localizado as margens da BR-381, rodovia Fernão Dias e próximo a outro bairro da cidade de BETIM, a Colônia Santa Isabel. Atualmente, a região tem alto índice de novos moradores, com pouca ou nenhuma ligação com a Hanseníase, que vem em busca de uma vida melhor, mas que acabaram contribuindo para a formação de uma comunidade mais carente. Na região existe pouca oferta de trabalho, lazer, cultura, educação e segurança.

Recursos humanos da UBS Citrolândia: três médicos clínicos, três médicos pediatras, um médico ginecologista, um médico acupunturista, um médico homeopata, um terapeuta ocupacional, três enfermeiros, doze auxiliares de enfermagem, uma enfermeira de matriciamento, cinco dentistas, dois técnicos de saúde bucal, cinco auxiliares de saúde bucal, dois funcionários de serviço social, dois auxiliares de farmácia e um farmacêutico, cinco auxiliares administrativos, 12 agentes comunitários de saúde, quatro agentes de higienização,

um gerente, quatro funcionários terceirizados, um técnico de registro, um oficial de apoio, um motorista.

Os recursos materiais mais importantes são: no primeiro andar uma recepção, uma sala de injetáveis, uma sala de farmácia, seis consultórios médicos, uma clínica odontológica, uma sala de medicina alternativa; no segundo andar, têm uma recepção de PSF, duas salas de acolhimento de PSF, uma sala de vacina, uma sala de curativos.

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade "Anália Marques de Oliveira" de Citrolândia, foram detectados aspectos estruturais e de abordagem de problemas de saúde mais prevalentes na população que precisam ser trabalhados.

2. JUSTIFICATIVA

Temática de grande relevância, a hipertensão arterial sistêmica é uma doença considerada grave, capaz de aumentar o risco de eventos cardiovasculares como cardiopatia isquêmica, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e nefropatias crônicas (PICCINI; VICTORA, 2009).

O acompanhamento e controle das pessoas idosas com hipertensão arterial geram altos custos econômicos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por doenças cardiovasculares, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33(DATASUS). O controle está diretamente relacionado a aderência do paciente ao tratamento hipotensor e às mudanças no estilo de vida, devendo ser prioridade da Atenção Básica de Saúde.

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 CARDIOLOGÍA, 2010).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade, pelo grande número de idosos com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que temos recursos humanos e materiais para elaborar um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Elaborar um Projeto Intervenção para ampliação da adesão de pacientes idosos hipertensos ao tratamento na Unidade Básica de Saúde "Anália Marques de Oliveira".

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar pacientes hipertensos por meio da análise das fichas de cadastro;
- Realizar pesquisas ativas na população para diagnosticar usuários hipertensos;
- Organizar modelo educativo com os grupos de hipertensos.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma morbidade quando a Pressão Arterial (PA) atinge níveis a partir de 140/90 mmHg (GOLDMAN,2012). É uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis, em todos os estratos socioeconômicos no mundo (OLIVEIRA, 2011).

Condição clínica multifatorial, a HAS pode ser caracterizada pelos níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associados a alterações nos órgãos alvos: coração, cérebro, rins, por consequência, há aumento do risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2013).

Os fatores de risco para HAS, segundo a Secretaria estadual de saúde (2012), são:

- Idade: a prevalência de HAS aumenta simultaneamente de acordo com a idade, podendo atingir até 60% em indivíduos acima de 60 anos.
- Género e etnia: a prevalência de HAS é maior em indivíduos do sexo masculino, em relação a feminino até 50 anos, e em relação à etnia, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.
- Sobrepeso e obesidade: favorece a ocorrência de eventos cardiovasculares.

Como aspectos fisiopatológicos envolvidos com a Hipertensão destacam-se: o mecanismo neurogênico desencadeado pelo sistema nervoso simpático, os mecanismos hormonais regulados pelo sistema renina-angiotensina, hormônios vasoativos do sistema cinina-caliceína e ação da vasopressina, mecanismos de disfunção endotelial mediada pelo óxido nítrico e endotelial, fatores ambientais com características genéticas resultantes da influência do ambiente na expressão de genes que determinam a manifestação da doença hipertensiva (GOLDMAN,2012).

A HAS envolve alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio, associada a disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular, e pode provocar alterações oculares, embolia da artéria retiniana, oclusões dos vasos sanguíneos e agravamento da retinopatia diabética, caracterizada pelo espessamento da parede arteriolar, isquemia do nervo óptico e formação de exsudatos e sangramentos, podendo levar a cegueira. A Neuropatia Hipertensiva é a principal causa de doença arterial crônica com necessidade de diálise e/ou transplante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A HAS provoca Acidente Vascular Encefálico (AVE) devido à necrose do tecido encefálico em consequência de perfusão inadequada, mais frequentemente AVE isquêmica

por hipoperfusão tecidual, tendo na sua origem à trombose, o embolismo, a hipoperfusão sistêmica como causa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

A Hipertensão Arterial é um sério problema de Saúde Pública, em especial para a Atenção Básica. Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, o controle da HAS encontra-se distante do considerado ideal, pela falta de adesão ao mesmo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a aderência a uma terapia de longo prazo é o grau em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações do profissional de saúde que lhe prestou atendimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003).

O tratamento da hipertensão pode ser sem ou com medicamentos. O primeiro é feito por meio do controle do peso, da melhora da alimentação, da redução do consumo de sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse. As mudanças no estilo de vida constituem ponto fundamental no tratamento das pessoas idosas, com HAS, que muitas vezes ignoram as recomendações do médico, deixando todo o peso do tratamento nas medidas farmacológicas. Já o medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro. O fracasso no tratamento é porque muitos dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita.

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial, além de redução dos níveis pressóricos, reduza os eventos cardiovasculares e a mortalidade. A escolha dos medicamentos deve levar em conta sua eficácia, o número de tomadas diárias e a ocorrência de possíveis efeitos colaterais. Os mais utilizados são os diuréticos de asa (tiazidas), bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da enzima convertase ou conversora da Angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II e Beta bloqueadores. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGÍA, 2010).

A doença não apresenta cura, exigindo, portanto, tratamento adequado e para a vida inteira a fim de se obter o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares. A maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país (CASTRO et al,2013).

O grande desafio é manter a capacidade de adesão dos indivíduos hipertensos ao regime terapêutico, fato que não é frequentemente observado na prática. A necessidade de medicação de uso contínuo, de mudança no estilo de vida, contribui para que cerca de 40% das pessoas hipertensas abandonem o tratamento. Vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento hipotensor, em pessoas idosas, que incluem restrições culturais ou problemas

comportamentais do paciente e sua família, necessidade de envolvimento de outras pessoas nos cuidados, a falta de acesso aos medicamentos devido ao desabastecimento ou às perdas de medicamentos; comuns no sistema público, custo elevado, variáveis sócio-demográficas, grande número de medicamentos prescritos ao paciente; com recomendações complexas e por tempo prolongado, efeitos colaterais, falta de orientação e aceitação; prescrição inadequada do medicamento, informações pouco precisas, ou ilegíveis, falta de acompanhamento evolutivo do tratamento e relação do paciente com os profissionais de saúde.

No sentido de garantir a adesão dos pacientes ao tratamento é preciso considerar a experiência de vida e a subjetividade das pessoas como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si. Muitas são as formas de se estimular a adesão ao tratamento hipotensor em pessoas idosas. Destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos.

Os motivos relatados pelos pacientes para o não controle da pressão arterial constituem-se fatores para melhorar a compreensão sobre a adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a aperfeiçoar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos na não adesão ao tratamento.

Segundo Pedroso, a instrução aos pacientes constitui peça fundamental da prescrição de medicamentos, que deve conter as orientações para que o paciente possa tomá-los com indicação da quantidade a ser administrada, o horário e a frequência das doses, bem como a via de administração e tempo de tratamento, sempre que possível à hora do dia, atentando para os hábitos de vida do paciente e suas conveniências (PEDROSO. 2007).

Cada pessoa é única e possui um modo peculiar de viver e adoecer. A adesão ao tratamento hipotensor tem fatores relacionados ao paciente, ao sistema de saúde e à terapêutica, que quando são corretos evidenciam-se o controle dos níveis tensionais, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso. O controle dos níveis tensionais dependente do tratamento adequado reduz tanto a mortalidade quanto a morbidade associada à hipertensão arterial. Além de prescrever corretamente, o médico deve se preocupar em prevenir esse problema.

A pessoa deve ser considerada sujeito da ação dos profissionais de saúde o que implica na compreensão da relação entre sua história de vida, seu modo de ser e de viver e os fatores de risco de hipertensão arterial. Além disso, a pessoa deve ter motivação para as mudanças de estilo de vida e deve contar com suportes oferecidos pela estrutura econômica e social. Assim, para melhorar a adesão ao tratamento, é importante que os serviços de saúde, principalmente a Estratégia da Saúde da Família tracem estratégias de ação, que contribuam para a efetividade

dos programas de atenção à saúde das pessoas idosas, destacando-se a importância do vínculo entre profissionais, pacientes, família e comunidade.

5. MÉTODO

Para elaboração do Projeto de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS *et al*, 2010,p.2). Foi realizado o diagnóstico situacional em saúde da UBS "Anália Marques de Oliveira". Após o levantamento dos problemas, priorizou-se o elevado número de hipertensos idosos não controlados, cadastrados na unidade.

Foi feita a descrição do problema, caracterizando a HAS, buscando também fatores de risco e formas de trabalho da unidade de saúde que abordava a problemática.

Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade através das consultas, observação ativa da área e visitas domiciliares. A principal fonte de dados foram os registros escritos, por exemplo, os prontuários médicos.

Realizou-se uma revisão bibliográfica do tema. A busca do material para a revisão foi feita nas Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com data de publicação entre 2003 a2013, com os seguintes descritores: Hipertensão arterial. Uso de medicamentos hipotensores. Saúde das pessoas idosas. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica. Foram consultados também documentos do Ministério da Saúde; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES); e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Elaborou-se a proposta de intervenção descrevendo o plano operativo, ações que serão realizadas e resultados esperados com o desenvolvimento do plano.

Durante o desenvolvimento do trabalho, utilizou-se o método de planejamento estratégico em saúde que tem conceitos básicos como situação, ator social, problema e estratégia para o alcance dos objetivos propostos. O mesmo é composto por: momento explicativo, onde se identifica, analisa e prioriza os problemas identificados; momento normativo onde são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas encontrados; momento de elaboração da proposta de solução; momento estratégico, onde se verifica a viabilidade das propostas elaboradas, formulando estratégias para alcançar os objetivos propostos e, momento tático operacional, onde se faz a execução do plano. Todos os

momentos estão bem relacionados na prática do planejamento, constituindo uma relação de caráter dinâmico e progressivo.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Primeiro passo: identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na equipe de saúde da família na unidade Anália Marques de Citrolândia, foi possível detectar que existem pontos que precisam ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- **Falta de capacitação para o acolhimento** - os profissionais responsáveis pelo acolhimento têm dificuldades para orientar os pacientes.
- **Ausência de classificação de risco** - o protocolo de Manchester não é aplicado.
- **Falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas.**
- **Alta incidência de usuários de drogas.**
- **Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.**

6.2. Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 2. Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da ESF Vila Nova, Citrolândia, Betim, MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	Parcial	4
Triagem sem classificação de risco	Alta	4	Parcial	5
Falta de adesão ao tratamento para hipertensão entre os idosos	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de usuários de drogas	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	6	Parcial	3

Fonte: dados coletados pela autora.

6.3. Terceiro Passo: descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão dos pacientes idosos hipertensos ao tratamento. As questões mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre 365 hipertensos cadastrados e acompanhados, 223 são idosos, desses 129 não são alfabetizados, 45 moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentam dificuldades para memorizar os horários ou até mesmo para tomar os remédios.

Quadro 3. Descritores do problema Hipertensão Arterial-comunidade Vila Nova-Citrolândia- Betim-MG

Micro área	Hipertensos idosos	Residem sozinhos	Paciente e/ou cuidador Analfabeto	Não adesão ao tratamento	Não controlados
Micro área 1	29	7	20	13	15
Micro área 2	60	7	5	22	25
Micro área 3	31	6	16	8	10
Micro área 4	31	5	17	5	9
Micro área 5	20	3	8	12	11
Micro área 6	18	2	2	5	7
Micro área 7	34	7	14	6	7
Total	223	37	82	71	84

Fonte: Prontuário Familiar.

6.4. Quarto Passo: Explicação do problema

Segundo Pedrosa (2007), os principais fatores que aumentam a não adesão de pacientes ao tratamento são as seguintes:

- Restrições culturais ou problemas comportamentais do paciente e sua família.
- Necessidade de envolvimento de outras pessoas nos cuidados.
- Recomendações complexas com muitos medicamentos ou por tempo prolongado.
- Custo elevado.
- Informações pouco precisas ou ilegíveis.
- Falta de acompanhamento evolutivo do tratamento.
- Efeitos colaterais.

Causas da não adesão

1 - Não entendimento da orientação/prescrição: orientação/prescrições ruins; receita com letra ilegível; dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo).

2-Dificuldade de seguimento da orientação: falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados no centro de saúde); orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade); ausência de cuidador.

Consequências da não adesão

- Dificuldade de controle dos níveis pressóricos com risco cardiovascular aumentado;
- Aumento das complicações da hipertensão como AVC, IAM, aumento de internações;
- Invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

6.5. Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Os passos seguintes do PES, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade das propostas, cronograma e gestão do plano, foram desenvolvidos, individualmente, para cada um dos nós críticos identificados. Nos quadros a seguir estão detalhados cada um dos projetos categorizados pelo nó crítico sobre o qual se pretende atuar.

Processo de trabalho da equipe:

- orientações inadequadas, prescrições ilegíveis;
- Dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores devido baixa escolaridade e/ou analfabetismo dos mesmos;
- Falta de cuidadores;
- Falta de medicamentos.

Quadro 4 – Operações sobre a desmotivação da equipe, relacionada ao baixo conhecimento das pessoas idosas hipertensas sobre o tratamento hipotensor.

Nó crítico 1	Nível baixo de conhecimento sobre o tratamento da hipertensão.
Operação	Realizar reuniões explicando a importância do tema, e a responsabilidade de cada um.
Projeto	“Aprendendo sobre adesão ao tratamento hipotensor”.
Resultados esperados	Pacientes mais informadas sobre a importância de adesão ao tratamento.
Atores sociais	Médico, técnicos de enfermagem, enfermeira/gerente, equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Agentes Comunitários de Saúde.
Recursos necessários	Apoio da gerência da unidade ao Projeto. Disponibilidade de tempo e espaço físico para a realização das reuniões. Dados sobre o problema para que todos compreendam sua extensão.
Recursos críticos	Tempo, espaço e motivação favorável.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Enfermeiro. Motivação: Repasse correto de informação.
Ação estratégica de motivação	Realização de reuniões mensais de equipe sobre o tema com avaliação continuada do impacto sobre a qualidade da assistência.
Responsáveis:	Toda a equipe de saúde
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados.

Quadro 5 – Operações sobre a Forma de trabalho da equipe de saúde: ausência de um programa de orientação sobre adesão ao tratamento hipotensor em pessoas idosas.

Nó crítico 2	Forma de trabalho da equipe de saúde.
Operação	Solicitar junto à gestão municipal os recursos materiais e humanos necessários
Projeto	“Grupo HIPERDIA”.
Resultados esperados	Atividades educativas para orientações das pessoas idosas que envolvem a melhoria da adesão ao tratamento hipotensor.
Atores sociais	Médico, Enfermeiro, Gerência, NASF.
Recursos necessários	Apoio da gerência da unidade ao projeto. Disponibilidade de tempo e espaço físico para a realização das reuniões. Dados sobre o problema

	para que todos compreendam sua extensão.
Recursos críticos	Tempo, espaço.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: enfermeiro. Motivação: Aumentar o vínculo das pessoas idosas com o serviço de saúde.
Ação estratégica de motivação	Realização de reuniões mensais de equipe sobre o tema com avaliação continuada do impacto sobre a qualidade da assistência.
Responsáveis:	Toda a equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados.

6.6. Oitavo passo: Análise da viabilidade:

Quadro 6: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Apresentar o problema e o plano de intervenção.	Reservar sala de reuniões, computador e projetor multimídia.	Enfermeiro da ESF Gestor da unidade de saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Divulgar o plano de intervenção.	Financeiro: material para impressão do roteiro para cada um dos participantes.	Gestão da unidade de saúde Enfermeiro da ESF Médico da ESF Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Apresentar os benefícios e as dificuldades de colocar em prática as ações do plano de intervenção.	Cognitivo: elaborar oficinas sobre os diferentes temas que constam no roteiro. Político: adesão do gestor da unidade e dos profissionais (médico, enfermeiro e agentes comunitário de saúde) às oficinas. Financeiro: recursos de multimídia para as	Gestão da Unidade de Saúde Médico da ESF Enfermeiro da ESF Secretário de Saúde	Favorável Favorável Favorável Favorável	Apresentar o projeto

	reuniões.			
--	-----------	--	--	--

6.7. Nono passo: Cronograma de operacionalização da proposta

Quadro 7: Cronograma de operacionalização da proposta

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
“Grupo HIPERDIA”	Informar os benefícios da adesão ao tratamento hipotensor em pessoas idosas.	Abordar as pessoas idosas durante as consultas de controle.	Equipe da Estratégia Saúde da Família.	Iniciar em 2 meses.
“Mais informações”	Paciente informado sobre a importância da adesão ao tratamento hipotensor para as pessoas idosas, quanto às famílias.	Realizar palestras e oficinas. Criar grupos operativos para orientação das pessoas idosas sobre adesão ao tratamento hipotensor.	Equipe da Estratégia Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).	Iniciar em 2 meses.

6.9. Orçamento

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da unidade de saúde e/ou recursos provindos do município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é um sério problema de Saúde Pública, em especial para a Atenção Básica. Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, o controle da HAS encontra-se distante do considerado ideal pela falta de adesão ao mesmo.

O trabalho em equipe baseado na estratégia de saúde da família, a realização do diagnóstico situacional de nossa área de abrangência e a criação de grupos operacionais como o grupo de HIPERDIA são muito importantes para ampliar a adesão das pessoas idosas hipertensas ao tratamento.

Espera-se que este projeto de intervenção seja implantado e possa contribuir para o manejo e controle da hipertensão arterial através do estímulo a novos hábitos alimentares, à prática sistemática de exercício físico, à detecção e prevenção de eventos adversos. Buscando sempre a redução dos gastos com internação hospitalar, a integração da família ao cuidado da pessoa idosa e, sobretudo, a melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.M.S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para autocuidado em um PSF do município de Nova Cruz.** RN. 2004. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Paraíba. João Pessoa.

ASSIS, T. **A história da construção de Betim: espaço geográfico construído por gente.** Betim: Prefeitura Municipal de Betim, MG, 1996. 142 p.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3741>. Acesso em: 23 dez. 2014.

BETIM. Prefeitura Municipal. Disponível em: www.betim.mg.gov.br/ Acesso em:

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em:

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pratique a Saúde contra a Hipertensão Arterial.** Brasília, 2006. Disponível

em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616&janela=1 Acesso em: 15jan2007.

_____. Secretaria das Políticas de Saúde. **Protocolo: cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.** Brasília. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/> Acesso em:

_____. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília. 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> Acesso em:

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

CARVALHO, T. W. B. **Plano de ação para o enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica em equipe da estratégia de saúde família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2014. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: Acesso em:

CASTRO, N.G., et al. **Hiperdia: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão, São Luís:** Cad. Pesq. V 17, n 2, maio/ago.2010.

CHAVES, E. S.; LÚCIO. I. M. L.; ARAÚJO T. L., DAMASCENOM. M. C. **Eficácia de programas de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial.** Rev. Bras. Enferm. 2006 jul-ago. 59 (4): 543-7.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOMES, A. C. (org.). **Cadernos da memória: Patrimônio cultural da Regional Citrolândia.** Betim: Paulinelli, 2010.

GOLMAN, L; SCHAFER, A.I. **Cecil Medicine.** 24. ed. Philadelphia, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: resultados preliminares – Betim.** Ano 2010. Disponível em:http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310670&idtema=91&se arch=minas-gerais%7Cbetim%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-religiao. NOSSA BETIM. Observatório Nossa Betim. http://nossabetim.org.br/wordpress/?page_id=42 Acesso em:

LOPES, A. G. **Projeto de intervenção para aumentar o percentual de hipertensos controlados na área de abrangência da ESF Rural - Município de Várzea da Palma.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Montes Claros, 2014. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional.** In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MINAS GERAIS. Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Conteúdo Técnico da linha guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doença renal crônica.** 2013.

Ministério de Saúde. (BR). **Política de saúde do idoso.** Portaria n.1.395/GM, 10/12/1999.Brasília (DF): Ministério de Saúde;2000.

NESCON/UFMG. **Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em:

NICORI, R. **Fundo Municipal de Saúde.** Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/negocios/fundo-municipal-de-saude-orcamento> Acesso em: 22 abr. 2015.

OLIVEIRA, D. C.; SANTOS, M. V. R.; GOMES, V. R.; SARINHO, F. W.; NOVAES, M. **Prevalência de adesão aos medicamentos anti-hipertensores: Registro mundo real**.p.219; Rev.Soc.Bras.Clin.Méd. 11(3), jul.-set. 2013.

OLIVEIRA, E. D. S. **Estado nutricional de hipertensos de uma estratégia de saúde da família do interior de Pernambuco, Brasil**. Caruaru, FAVIP, 2011 .30 f.: il. Disponível em:<repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/.../TCC-+ESMERAN.pdf>. Acesso em:30 mar.2011.

ORQUIZA, S. M. C. **Hipertensão Arterial**.<. Disponível em: www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial3.asp-48k>. Acesso em 17 jan. 2007.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade

PEDROSO, E. R.; OLIVEIRA, R. G. - **Black book-Clínica Médica**/Ênio Roberto Pietra Pedroso e Reynaldo Gomes de Oliveira. Belo Horizonte: Black book Editora, 2007.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. **Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco**.In: Revista Saúde Pública. Pelotas, 2009.

RAMOS, L. L. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Estratégia Saúde da Família de Sobrália, Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2014. 36f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

RICARDO, D. S. **Proposta de intervenção para diminuir os riscos de hipertensão arterial no PSF Santos Dumont, Pará de Minas, Minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, 2014. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.) **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência ,2004 .399p.

SARQUIS, L. M. M. et al. **A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica**. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p.335 - 53, dez.1998.

SILVEIRA, A. K. **Hipertensão arterial não controlada: intervindo além das receitas**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Montes Claros, 2014. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. [Texto na internet]. São Paulo: 2006. [citado 2009, fev. 26. Disponível em: http://Publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/V_Diretrizes-HA.pdf. Acesso em:13 fev. 2006

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.93, n.1.2009.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1sup. 1):1_51.

WORLD Health Organization, Ed. **The world health report. 2003: shapping the future**. Geneva: WHO 2003

